

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1914

THÈSE

N°

136

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Marcel **BAVELAËR**

Né à Saint-Maurice (Seine) le 13 Juillet 1886

LES CÉNESTHOPATHIES

Président : M. GILBERT BALLET, *professeur*

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, RUE CASIMIR-DELAVIGNE ET 12, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE

1914

136

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen : M. LANDOUZY.

Professeurs

Anatomie	MM. NICOLAS.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	WEISS.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	ACHARD.
Pathologie médicale	WIDAL.
Pathologie chirurgicale	TEISSIER
Anatomie pathologique	LEJARS.
Histologie	PIERRE MARIE.
Opérations et appareils	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	AUGUSTE BROCA.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	MARFAN.
Médecine légale	CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée	LETULLE.
	ROGER.
	DEBOVE.
Clinique médicale	LANDOUZY.
	GILBERT.
	CHAUFFARD.
	HUTINEL.
Maladies des enfants	GILBERT BALLET.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEJERINE
Clinique des maladies du système nerveux	DELBET.
Clinique chirurgicale	QUENU.
	RECLUS.
	HARTMANN.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	BAR.
	PINARD.
Clinique gynécologique	Bibemont-Dessaigues.
Clinique chirurgicale infantile	POZZI.
Clinique thérapeutique	KIRMISSON.
	ALBERT ROBIN

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
ALGLAVE	GUENIOT	LÉRI	RICHAUD
BERNARD	GUILLAIN	LÉPER	ROUSSY
BRANCA	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRUMPT	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAJE
CAMUS	LABBÉ (H.)	MULON	SCHWARTZ
CASTAIGNE	LANGLOIS	NICLOUX	SICARD
CHAMPY	LAIGNEL-LAVASTINE	NOBECOURT	TANON
CHEVASSU	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
COUVELAIRE	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERRER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBoullet	RIBIERRE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1914

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Marcel BAVELAËR

Né à Saint-Maurice (Seine) le 13 Juillet 1886

LES CÉNESTHOPATHIES



Président : M. GILBERT BALLET, professeur

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, RUE CASIMIR-DELAVIGNE ET 12, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE

1914

A MA MÈRE

A MONSIEUR LE DOCTEUR DUPRÉ

Professeur agrégé à la Faculté
Médecin des hôpitaux et de l'infirmierie spéciale de la Préfecture de Police
Chevalier de la Légion d'Honneur

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GILBERT BALLET

Professeur à la Faculté de Médecine
Membre de l'Académie de Médecine
Médecin des hôpitaux et de l'Asile-Clinique
Officier de la Légion d'Honneur

INTRODUCTION

Il arrive fréquemment aux médecins de se trouver en présence de malades qui, bien que se plaignant avec insistance et persistance de sensations de gêne ou de douleurs dans certaines régions de leur corps, ne présentent à l'examen objectif le plus attentif et le plus minutieux aucun signe d'une affection organique quelconque.

Ces symptômes négatifs conduisent à orienter le diagnostic dans le sens des troubles nerveux inorganiques, diagnostic qu'il est nécessaire d'étayer par les symptômes positifs qui caractérisent les différentes espèces de douleurs psychopathiques.

Or, certains malades en particulier, ceux que nous aurons en vue dans cette étude, éveillent dès l'abord l'attention par la description étrange de leurs symptômes ; chez eux l'altération de la sensibilité ne se manifeste pas par des douleurs à proprement parler ; s'ils attirent l'examen du médecin sur telle ou telle partie de leur corps qui leur paraît atteinte (la tête dans

beaucoup de cas), c'est pour y accuser des troubles spéciaux, souvent bizarres, comme ils en conviennent eux-mêmes, mais toujours plus pénibles que douloureux. Pour décrire ces sensations étranges, ils usent de maintes comparaisons dont aucune ne les satisfait complètement. Les régions dont ils se plaignent sont fixes et invariables, mais elles ne sont jamais nettement délimitées, et le geste qui essaye de les circonscrire est aussi imprécis que les termes qui essayent de les décrire.

On ne peut retrouver dans les symptômes qu'accusent ces malades ni des algies ni des névralgies, à cause de la forme si particulière de l'élément douleur ; ni des hallucinations ou des hypéresthésies des diverses sensibilités ; ils paraissent en effet surpris par leurs sensations qu'ils ne peuvent exactement traduire par les mots ordinaires et précis exprimant les diverses variantes de la douleur. On ne rencontre pas chez eux « les vibrations lancinantes, pongitives, excruciantes qui caractérisent la douleur, mais la gêne, le trouble, l'inquiétude, le tourment qui provoque la perception consciente d'une altération inexplicable » (1).

Il est en effet naturel que ces troubles sensitifs si particuliers surprennent le malade par leur persistance et leur étrangeté. Mais ce qu'il y a de remarquable, c'est que, tout au moins dans les cas purs et typiques, l'on observe l'indépendance relative de ces

(1) Dupré, *Les cénesthopathies*, Mouvement médical, janvier 1913.

troubles avec l'état de l'humeur. On ne trouve pas chez eux de craintes exagérées, de conceptions délirantes relatives à la santé, d'essais d'explications médicales, d'auto-inspection continuelle comme dans l'hypochondrie ; le malade ne délire pas, il se plaint ; il n'interprète pas, il cherche à faire comprendre ses troubles ; s'il s'en inquiète, s'il s'en préoccupe, leur présence continuelle légitime assez bien cette inquiétude et cette préoccupation ; il arrive cependant dans certains cas qu'il reste parfaitement confiant et euphorique ; et qu'il est alors impossible de ne pas faire immédiatement la distinction entre cet état et les états hypochondriaques ou ceux qu'on est convenu d'appeler neurasthéniques.

Ainsi ce n'est pas le psychiatre que le malade ira consulter, mais son médecin habituel, ou bien l'oto-rhino-laryngologiste, l'occuliste, le gynécologue, selon que ses symptômes paraîtront ressortir à l'une ou l'autre de ces spécialités. Si la nature psychopathique de ces troubles n'est pas reconnue, le traitement symptomatique qui pourra être employé sera complètement inefficace ; même on pourra être amené à faire une ou plusieurs interventions chirurgicales, purement exploratrices, dont le malade ne tirera aucun bénéfice, qui aggraveront même son état.

Ou bien le malade sera classé comme hystérique, neurasthénique ou hypochondriaque ; l'on parlera d'algie, de dynie, de paresthésie, etc.

Nous nous proposons de démontrer que ces troubles si spéciaux ne s'accommodent d'aucune de ces déno-

minations ; qu'ils doivent être ramenés à des troubles locaux de la sensibilité commune, de la sensibilité spéciale appelée cénesthésie ; que ce sont des cénesthopathies, suivant le nom que leur a donné M. DUPRÉ, auquel on doit d'avoir reconnu et isolé le syndrome que nous venons de décrire rapidement.

CHAPITRE PREMIER

CÉNESTHÉSIE ET CÉNESTHOPATHIE (1).

Les cénesthopathies sont des troubles de la cénesthésie. Qu'est-ce donc que la cénesthésie ?

Etymologiquement, *cénesthésie* (Κοινος αισθησις) signifie l'ensemble des sensations communes « d'origine organique générale, par opposition aux sensations spécifiques, d'origine sensorielle ou génitale ».

En effet, à l'état normal, quantité de sensations, venant de notre propre corps, arrivent aux centres nerveux, sensations d'ailleurs vagues, nuageuses, indistinctes : « l'estomac qui digère, le cœur qui bat, le foie qui fait de la bile, le sang qui circule, le rein qui exérèse l'urine, les muscles qui sont relâchés ou contractés, la peau qui est stimulée par l'air, les poumons qui sont ventilés par la respiration incessante, tous ces organes, tous ces appareils envoient incessamment des stimulations aux centres nerveux » (2).

(1) Parmi les différentes orthographes du mot cénesthopathie, nous avons choisi celle qui dérivait directement du mot cénesthésie, mot dont l'orthographe est fixée.

(2) Ch. Richet, *Essai de psychologie générale*, p. 140.

Donc, de chaque organe, de chaque territoire anatomique émanent des impressions d'ordre commun, cénesthésique, qui nous renseignent à chaque instant sur leur présence, leur état, leur fonction ; pour nous il n'y a donc pas une cénesthésie, mais des cénesthésies.

Mais, pratiquement, le mot cénesthésie a été employé dans diverses acceptions qui ont étendu ou restreint son domaine, et qui ont contribué à lui donner beaucoup de vague et d'imprécision.

Il est classique de faire du mot cénesthésie le synonyme de « sensations internes, sensations viscérales ».

Cette définition, qui a le mérite d'être claire, est néanmoins insuffisante. Il est vrai que ce sont surtout les sensibilités internes, celles de nos organes profonds, qui nous renseignent sur leur état fonctionnel ou organique, et qui laissent passer le sentiment cénesthésique en première ligne ; tandis que les sensibilités externes, celles des organes qui sont chargés des fonctions de relation, nous font percevoir au premier plan les impressions sensorielles qu'ils reçoivent du monde extérieur. Mais le sentiment cénesthésique de leur fonction ou de leur existence n'en existe pas moins pour ces derniers, et nous verrons qu'il peut être troublé indépendamment de toute cause extérieure, qu'en un mot il y a des cénesthopathies externes. La peau, par exemple, possède une cénesthésie dont Jacquet a bien étudié la nature et les troubles spéciaux, à propos du prurit.

« Les conducteurs et les centres qui permettent à

la peau de recueillir les impressions exercées sur elle par les corps extérieurs, *prennent aussi* notion du fonctionnement des tissus et des organes cutanés eux-mêmes (cellules, glandes, terminaisons nerveuses, vaisseaux de divers ordres, muscles lisses, etc.) ; *ils prennent conscience de la vie cutanée.*

Ainsi la définition « sensations internes, sensations viscérales » n'est pas assez compréhensible.

Dans d'autres cas, on a étendu le sens du mot *cénesthésie*. En effet si l'on considère l'ensemble et surtout la synthèse des sensations végétatives qui émanent de la vie de l'organisme, on peut voir qu'elle nous donne la notion de notre existence somatique et qu'elle constitue un élément de la notion de personnalité (1). D'où un sens plus abstrait, dû aux progrès de la psychologie : *cénesthésie* est devenue synonyme de *sentiment général de la personnalité*.

Enfin par une extension progressive du sens étymologique du terme, une signification plus vaste et plus abstraite, d'ordre plus moral que physique, s'est attachée au mot *cénesthésie*, devenu parfois presque synonyme des expressions « ton affectif, humeur, dispositions sentimentales ».

Mais nous avons déjà indiqué, et nous verrons dans nos observations, que les *cénesthopathes* peuvent conserver une humeur parfois en contraste absolu avec leurs troubles *cénesthésiques*. Nous touchons là à un

(1) « Ce sont les sensations du milieu interne viscéral et du milieu externe indépendant de nous qui ont progressivement créé le moi et qui l'entretiennent » (Ch. Richet, *op. cit.*).

des inconvénients du mot *cénesthopathie*, qui procède d'un mot qu'on a beaucoup employé dans ces dernières années, et dans des acceptions assez différentes ; à telles enseignes que TISSOT a pu de cette même racine tirer deux mots. Il distingue les *cénesthésiopathes*, dans lesquels il range, entre autres espèces, les hypochondriaques, les neurasthéniques et les *cénesthopathes*...

Nous devons donc dire *a priori* que le mot *cénesthésie* aura pour nous le sens restreint « d'élément primaire de la sensibilité commune, organique ». Les *cénesthopathies* seront donc des altérations locales de la sensibilité commune ; ce seront des troubles sensitifs et nullement affectifs ; leurs caractères ne permettant pas de réduire ce syndrome à aucun autre processus morbide.

Passons maintenant à l'étude des faits cliniques qui vont nous permettre de dégager ces affirmations ; de préciser, et de caractériser le syndrome que nous voulons définir.

CHAPITRE II

ÉTUDE CLINIQUE DES CÉNESTHOPATHIES

Nous avons réuni ici un certain nombre d'observations de cénesthopathes, dont l'étude montrera, mieux que tout essai de description préalable, l'allure générale du symptôme.

Nous avons placé en premier lieu des exemples de cénesthopathies à peu près pures. Nous avons ensuite fait suivre des observations où l'on se trouve en présence des réactions psychiques dépressives et délirantes dont elles peuvent être accompagnées.

OBSERVATION I (1)

M..., quarante-huit ans, israélite, de niveau intellectuel élevé.

Fils unique d'une mère nerveuse. Bien portant et de caractère gai dans l'enfance. Rougeole et fièvre typhoïde dans la jeunesse. Marié, a eu un fils actuellement bien portant, mais névropathe. Pas de syphilis.

A vingt ans, troubles digestifs très importants avec douleurs d'estomac, pyrosis, ballonnement du ventre, régurgitations, céphalalgie.

Crises, fréquentes et dramatiques d'angine de poitrine névropathique, avec irradiation brachiale gauche.

A trente ans, surmenage prolongé de tout ordre ; manque de sommeil, excès vénériens. Aux troubles digestifs, aux accès de douleurs précordiales s'ajoutent d'autres symptômes, dénommés neurasthéniques ; violentes douleurs céphaliques et rachidiennes ; spasmes du pharynx et de l'œsophage, avec entrave à la déglutition et régurgitation.

L'aggravation progressive de cet état oblige le malade à cesser son travail. Nombreuses consultations médicales.

En 1898, séjour de sept mois dans une maison de

(1) Dupré et Camus (Encéphale).

santé, dont le sujet sort nullement amélioré ; l'état aurait plutôt empiré.

Médications variées, amaigrissement notable.

Lorsque nous voyons ce malade pour la première fois en 1903, ce sont les troubles cénesthésiques qui dominent la scène morbide. Ils sont riches, tenaces, diffus, mais prépondérants dans les sphères céphalique, cervicale et thoracique supérieure. Ce sont des sensations pénibles et indéfinissables.

Son cerveau lui paraît comme atrophié, aplati, semblable à une éponge. « Je ne sens plus mon cerveau, je ne me sens plus penser, ça me fait comme un vide, je n'ai plus la sensation d'exister. » La bouche et le pharynx sont comme insensibles ; il tire la langue, se mord, se pince, grimace sans cesse, se frappe la tête avec le poing pour tenter en vain de réveiller sa sensibilité perdue. Le palais, le nez sont à la fois insensibles et douloureux. Il se plaint de ne pas les sentir et cependant d'y éprouver une gêne affreuse. Il ne sent plus l'air passer dans les voies aériennes. Il fait des reniflements fréquents, de violentes déglutitions d'air et de salive, qui provoquent des spasmes œsophagiens. Il s'introduit les doigts dans la bouche, se touche la paroi du pharynx et déclare anxieusement qu'il ne sent plus le contact, que toute sensibilité est abolie. Il ne sent plus sa poitrine et son estomac. Les yeux fermés, il ne se rend plus compte, dit-il, de la position de ses membres.

Il se pince, se pique, s'écorche la face et les membres pour tenter de se sentir. « Je me sens de moins en moins ; je voudrais bien avoir de grandes douleurs comme autrefois, au moins je pouvais me sentir ; maintenant je ne sens plus rien, c'est affreux, tout est comme vide. Je suis accablé d'une angoisse perpétuelle. »

Il entend ce qui se passe autour de lui, mais ne peut plus, dit-il, reconnaître la direction d'un son ni localiser les bruits dans l'espace. Il voit et distingue les objets, mais les aperçoit souvent ou grossis ou diminués. Il a parfois quelques illusions visuelles, qu'il prétend être de véritables hallucinations.

Au milieu de ces troubles si pénibles, accompagnés d'une grande anxiété, la mémoire, le jugement, l'association des idées, la sensibilité morale, l'affectivité sont intactes.

La mémoire de représentation cependant présente quelques troubles ; le malade semble avoir perdu la vision mentale ; il ne peut plus se représenter une personne ou un objet qu'il connaît très bien ; tout en se rappelant les choses jusqu'aux moindres détails, il ne peut éprouver le plaisir de revoir certaines images. Il se rend parfaitement compte de son état morbide, sait que tout ce qu'il ressent vient des troubles de son cerveau, « mais, dit-il je n'en suis que plus malheureux, car je vois bien qu'on n'y peut rien faire, je devrais me suicider ».

Et pourtant, il espère encore, il interroge et consulte sans cesse, tente en vain toutes les thérapeutiques qu'on lui conseille.

L'examen somatique ne révèle pas de lésions viscérales notables. Langue légèrement saburrale ; constipation par moments. Estomac, foie normaux. Rien à noter aux poumons, ni au cœur. Température normale. Motilité intacte. L'examen objectif de la sensibilité dénote une hyperesthésie généralisée, si l'on s'en rapporte aux dires du malade.

Réflexes cutanés, pupillaires, tendineux et pharyngiens conservés et normaux.

Aucun trouble trophique ni vaso-moteur.

Depuis 1903, le malade, revu par nous à diverses reprises, n'a pas varié dans son état.

Les auteurs de cette observation ajoutent :

« Cette observation résume l'histoire d'un névropsychopathe constitutionnel, qui, à la suite de surmenage intense et prolongé, surmenage d'ordre professionnel, moral et génital, est tombé dans un grave état d'épuisement cérébro-spinal. Cet état, qui s'est traduit tout d'abord par des troubles digestifs et neurasthéniques, a déterminé l'apparition de troubles cénesthésiques tellement intenses et continus, qu'ils finirent par occuper à eux seuls le tableau clinique et par composer un syndrome bien spécial, le syndrome cénesthopathique, dont l'histoire du malade nous fournit le plus intéressant exemple. »

Cette observation est en effet typique : le malade ne se plaint pas de douleurs, au contraire ; il déclare qu'il voudrait bien avoir de grandes douleurs comme autrefois ; au moins il pouvait « se sentir ». Ce qui lui paraît le plus insupportable, c'est précisément cette sensation de non présence de beaucoup de ses organes.

Est-ce donc de l'anesthésie ? Non, puisque l'examen objectif de la sensibilité dénote une hyperesthésie.

Si ce malade « ne se sent plus, se sent de moins en moins », c'est qu'il ne coordonne plus, ne perçoit plus les impressions cénesthésiques de certaines parties de son corps ; il cherche à réveiller ce sentiment en se pinçant, en s'écorchant, c'est-à-dire en

provoquant des impressions sensorielles douloureuses, qu'il perçoit parfaitement, mais qui ne suffisent pas pour lui faire retrouver la sensation de présence organique qu'il a perdue.

Enfin, le malade déclare que son cerveau lui paraît atrophié, aplati. « Je ne sens plus mon cerveau » commence-t-il par dire. Il a donc également les troubles de la cénesthésie cérébrale.

On peut en effet admettre avec SOLLIER l'existence, comme pour les autres organes, d'une sensibilité spéciale nous renseignant sur le fonctionnement du cerveau, tant au point de vue physique qu'au point de vue psychique.

Sollier ajoute que la dépersonnalisation lui paraît être liée aux troubles de la cénesthésie cérébrale et il cite une observation à l'appui de cette thèse (1). Or dans l'observation précédente, nous remarquons que le malade déclare « n'avoir plus le sentiment d'exister, ne plus se sentir penser ». Il a des troubles de la représentation, a perdu la vision mentale.

C'est ainsi que nous pouvons voir la relation qui peut exister entre les troubles de la cénesthésie telle que nous l'entendons et les troubles du sentiment de la personnalité. Mais nous devons ajouter que cette association est *absolument exceptionnelle* chez les cénesthopathes.

(1) Sollier, *Encéphale*, 10 octobre 1910.

OBSERVATION II (1)

La nommée G..., trente-neuf ans, fille d'un père tuberculeux et d'une mère alcoolique, morte à cinquante-quatre ans de cirrhose hépatique ; petite-fille de grands parents maternels alcooliques, a une sœur presque complètement idiote, internée à Maison-Blanche ; un frère est mort de tuberculose.

La sœur idiote est infantile, rabougrie, avec asymétries crânienne et faciale, malformations dentaires, moustaches, cheveux implantés sur le front ; elle est onychophage ; de caractère irritable et maussade.

C'est une idiotie qui paraît avoir été acquise vers l'âge de neuf ans. L'intelligence aurait notablement diminué à la suite d'une grave maladie fébrile de deux mois. Il n'y a pas eu de convulsions.

Notre malade est atteinte depuis l'âge de cinq ou six ans, d'une surdité incomplète, survenue à la suite de lésions impétigineuses des oreilles.

Des examens otologiques successifs n'ont révélé chez elle que de l'épaississement du tympan,

Développement intellectuel et moral normal. Affectivité très développée.

(1) Dupré et Camus (Encéphale).

Mariée, a une fille bien portante.

Le début des troubles actuels remonte à une dizaine d'années, à la suite d'un surmenage professionnel important (tailleur).

Jusque dans ces dernières années, elle souffrait surtout des jambes et du dos. Il y a trois ans, à la suite d'une violente secousse morale, insomnie et dépression psychique.

Il y a un an, vive émotion (elle est témoin d'un accident de cheval), sensation d'ébranlement et de pétillement dans la tête durant plusieurs semaines. Depuis le début de ces troubles, c'est-à-dire depuis nombre d'années, la malade consulte sans relâche des médecins et fait plusieurs séjours dans les hôpitaux (Hôtel-Dieu, Saint-Antoine, Salpêtrière), mais toujours sans trouver aucune amélioration.

Les troubles cénesthésiques sont multiples ; ils consistent en sensations toujours pénibles, variées et indéfinissables.

Les principaux sont décrits par la malade comme des sensations de tiraillement des nerfs derrière les oreilles, sur le front, au niveau des tempes, de tractions en dedans des yeux sur le trajet du canal nasal. Elles sont presque continues, mais ont des recrudescences sous forme de crises et s'accompagnent alors d'irradiations vers les épaules, dans le domaine du plexus cervical.

La plus pénible de toutes est une sensation de vide dans la tête et les yeux, de déplacement des organes intracéphaliques ; de roulement continu, parfois de chocs intracrâniens violents. Des troubles auditifs consistent en bruits variés et ronflements, horriblement pénibles, qui entravent le sommeil.

D'autres phénomènes douloureux enrichissent encore le tableau des troubles sensitifs : sensation de boules qui

roulent le long des gouttières carotidiennes. Douleurs à la gorge, au cœur et dans le dos. Malaise et déplacement des organes abdominaux, courants froids le long des membres, pesanteur des mains.

Quelques troubles digestifs et génitaux : hémorroïdes, constipation, entéro-colite glaireuse et leucorrhée.

Cet état est permanent ; il n'a subi aucune modification depuis que nous observons la malade. Il détermine une souffrance générale et une angoisse des plus pénibles et cette femme a formé à plusieurs reprises le projet d'y échapper par le suicide. Elle n'a cependant pas perdu tout espoir ; elle se rend parfaitement compte de la nature morbide de tous ses troubles, et consulte sans cesse des médecins, dans l'espérance de trouver à ses souffrances, un soulagement, qu'elle n'a retiré d'aucune thérapeutique ; seuls les bruits subjectifs de l'oreille disparaissent par moments.

L'examen somatique le plus complet et le plus répété ne décèle chez elle aucune affection organique. A part la surdité relative, aucun autre trouble sensoriel. Le goût et l'odorat sont intacts.

La sensibilité objective, superficielle et profonde, semble partout normale. Aucun trouble de la motilité. Les réflexes tendineux sont vifs et à grande amplitude.

Les pupilles sont normales et réagissent parfaitement.

Pas de modifications du champ visuel. Pas de vertige ni de tremblement.

La malade, revue à maintes reprises et chaque fois à plusieurs mois d'intervalle, présente les mêmes troubles, sans modifications de l'état mental. L'intensité des malaises varie à certaines périodes, et semble diminuer

après les règles, en une accalmie de quelques jours, suivie de la réapparition des souffrances ordinaires.

Ainsi que le font remarquer les auteurs, cette seconde observation montre, chez une grande dégénérée à lourde hérédité, l'éclosion, à l'époque de la ménopause et à la suite de surmenage et d'émotions, de troubles cénesthésiques localisés dans la tête, avec irradiations dans le cou et les épaules ; la topographie et les caractères de ces troubles semblent ici commandés par une otite bilatérale datant de l'enfance.

L'examen des oreilles n'a d'ailleurs révélé chez cette malade, en dehors de l'oto-sclérose et de la dysacousie, aucun syndrome auriculaire véritable, elle ne présente en effet ni vertiges, ni troubles de l'équilibre, ni aucun des phénomènes réflexes étudiés par Bonnier dans son schéma bulbaire.

Il faut remarquer qu'ici l'affection évolue avec des variations d'intensité que nous retrouverons plus accusées, chez d'autres malades.

OBSERVATION III (1)

L..., quarante-huit ans, bien constituée, en bon état de nutrition.

A.-H. : père, soixante-quinze ans, bien portant, a toujours eu un caractère brutal et emporté.

Mère morte paralysée à soixante-six ans.

A.-P. : mariée à dix-neuf ans, a eu une fille morte de gastro-entérite à quelques mois.

Fièvre typhoïde grave et prolongée à vingt-cinq ans. Douleurs précordiales et troubles intestinaux à vingt-huit ans, durant plusieurs années, avec faiblesse générale, engourdissement dans les membres inférieurs. Sensation de boule dans le ventre, l'estomac et l'œsophage. Traitement électrique.

A trente-neuf ans, série de violentes émotions, principalement à l'occasion d'une série d'accès d'angine de poitrine, présentés par son mari.

De cette époque datent les troubles actuels, qui, sans changer de nature ni de forme, n'ont fait depuis huit ans que se développer et s'enrichir.

Ce sont des sensations bizarres et indéfinissables dans la tête, le cou et les épaules. Ce sont « comme des contrac-

(1) Dupré et Camus, *Encéphale*.

tions des nerfs », des serrements au niveau des deux épaules, comme des crampons fixés dans les fosses sus-épineuses, ce sont, dit-elle, des « attaches ».

Sur les parties latérales du cou, il y a comme des boules qui se déplacent sous la peau, qui montent ou descendent depuis la tête jusqu'au thorax. La malade les appelle des sortes de « pulpes » arrondies, du volume d'un pois, transparentes et peu épaisses. Elles remontent jusque sur la tête, se collent sur les tempes, forment des sortes d'« appliques » qui, par leur réunion sur le sommet de la tête, arrivent à former une véritable « calotte ».

La malade éprouve en même temps des sensations de craquement au niveau du canal nasal, de vide et de dislocation dans le crâne, de serrement et de contraction du cerveau, de trou au niveau du sinciput, de glace au vertex. Elle a comme un brouillard dans la tête, une pesanteur, une gêne pour penser, un obscurcissement devant les yeux, des nébulosités non extérieures, mais intérieures et comme morales, qui l'empêchent de voir les objets tels qu'ils sont.

Elle se passe alors souvent la main sur le front, comme pour chasser ce brouillard ; elle grimace, presse sur son crâne, frotte sur ses téguments pour déplacer et chasser ces sensations pénibles. Elle souffre vivement de cet état, craint qu'il ne s'aggrave encore et la conduise à la folie.

Nullement déprimée, elle manifeste au contraire une grande activité. Elle recherche sans cesse une thérapeutique qui puisse la libérer de ses malaises, car, à part ceux-ci, sa santé générale est, dit-elle, excellente. Elle n'est jusqu'ici parvenue à aucun résultat favorable, l'hydrothérapie seule aurait un peu diminué momentanément les malaises céphaliques.

L'examen sommatique ne révèle rien d'anormal aux différents appareils. Aucun trouble objectif de la motricité, ni de la sensibilité.

Les réflexes sont normaux ; les réactions pupillaires bonnes.

Cette observation nous montre bien, par la bizarrerie des termes employés, le caractère indéfinissable des troubles cénesthésiques. La malade parle de « contractions de nerfs, crampons, boules, pulpes, appliques, calotte ». Aucun de ces termes ne la satisfait certainement, et nous verrions la richesse de ses comparaisons s'accentuer encore si la malade présentait un niveau intellectuel plus élevé.

OBSERVATION IV (1)

B.-J..., quarante-neuf ans, est entrée à la Salpêtrière, le 1^{er} août 1906, dans le service de notre maître le professeur Dejerine.

Elle se plaint de troubles nerveux variés, de malaises et de phénomènes douloureux multiples et étendus, intéressant la tête et les membres, mais prédominant très nettement du côté gauche.

A.-H.: père mort à trente-cinq ans, sur le champ de bataille pendant la guerre de 1870.

Mère morte à cinquante-huit ans; s'est suicidée par pendaison.

Elle eut 7 enfants, dont 3 morts en bas âge; les 4 survivants sont tous névropathes.

A.-P. La malade fut affligée d'impétigo jusqu'à l'âge de dix-sept ans, ce qui, dit-elle, la rendit fort triste.

Réglée à quatorze ans. Mariée à vingt et un ans, elle eut 15 enfants, dont 11 sont morts en nourrice de méningite ou de diarrhée infantile; le plus âgé à trois ans.

Sur les 4 vivants, il y a 2 filles dont l'une est très nerveuse et emportée, l'autre est une imbécile.

(1) Dupré et Camus, *Encéphale*.

Pas d'accidents puerpéraux, pas d'intoxication alcoolique.

La malade est maintenant en pleine ménopause ; ses règles, interrompues depuis novembre 1905, ont reparu, mais peu abondantes et une seule fois en août 1906.

C'est du début de cette ménopause, il y a actuellement dix-huit mois, que datent les troubles dont elle se plaint.

Ceux-ci n'ont subi aucune variation, même après un placement volontaire et un séjour de quatre mois dans un asile.

Ils consistent en une sensation de malaises indéfinissable, de vague oppression, d'étouffement, accompagné d'un besoin de marcher, de changer de place pour trouver un soulagement. Sensation de cœur comprimé, de serrement à la gorge.

La plupart de ces phénomènes douloureux prédominent ou n'existent que du côté gauche du corps. Ce sont des douleurs dans l'épaule, l'omoplate et le coude ; le bras gauche lui semble beaucoup plus lourd que le droit.

Douleurs dans la jambe gauche au-dessus des malléoles (on constate là une masse allongée d'adipose douloureuse à la pression, ce relief n'est pas aussi net à droite où n'existe pas la même sensation douloureuse).

Sensation de frôlement superficiel parcourant tout le côté gauche à la moindre émotion. Douleurs dans la nuque, tiraillements dans la tempe gauche, sensation d'horripilation. Tiraillements de la base de la langue à gauche.

Sifflements passagers dans l'oreille gauche avec hyperacousie douloureuse. Léger affaiblissement de la vue ; pas de troubles olfactifs ou gustatifs.

« Brûlements » sur les mains. Démangeaisons, piqûres.

« Je me gratte et pourtant il n'y a rien, on dirait qu'on m'enfoncé des épingles. »

Sensation [de mouvements, de crispation des intestins. Quelques troubles digestifs légers ; constipation modérée.

Urines abondantes et fréquentes, sans sucre ni albumine. Cœur et poumons normaux. Corps thyroïde de volume normal. Aucun trouble moteur. L'étude comparée de la sensibilité objective des deux côtés, pratiquée à maintes reprises, ne montre pas de modifications nettes et constantes. Réflexes tendineux et cutanés normaux. Pupilles réagissant bien.

La malade est parfaitement consciente de son état pathologique, cherchant partout, dit-elle, un soulagement à ses « troubles nerveux ». « Je deviens méchante, dit-elle, agacée de tout les nerfs agités, je ne peux rester en place. » Dehors, elle marche sans cesse, cherche des remèdes chez les pharmaciens, consulte un nombre considérable de médecins, de masseurs, magnétiseurs, cherche partout conseil et n'obtient aucun soulagement durable.

Il est à remarquer que dans cette observation et dans une observation précédente, les troubles cénesthopathiques coïncident avec la ménopause. Nous retrouverons cette indication étiologique chez plusieurs autres malades. En outre, le côté intéressant de ce syndrome cénesthopathique particulier est le siège unilatéral de presque tous les troubles.

OBSERVATION V (1)

K... W..., jeune israélite russe de dix-huit ans.

Père tuberculeux. Mère constamment malade, va d'hôpital en hôpital sans pouvoir demeurer dans aucun d'entre eux. Deux frères et une sœur plus jeunes, quinze, neuf et six ans, également toujours malades.

Tous les autres membres de cette famille sont également dolents, ils font à l'hôpital des séjours successifs. Ils y restent en général peu de temps, une à deux semaines, sortent dans le même état, pour y rentrer de nouveau.

Le malade prétend que personne parmi ses parents ne peut bien respirer. Sa petite sœur de six ans a déjà été à Trousseau à trois reprises pour les mêmes troubles.

Le malade est venu en France à l'âge de quatre ans.

Depuis l'enfance, il se sent constamment fatigué, dit avoir toujours eu mal à la tête, avoir pris quantité de médicaments sans aucun succès.

Depuis six mois, il se plaint de tousser, d'avoir des points de côté, de cracher du sang, d'éprouver des bouffées de chaleur, de ne pouvoir se tenir sur les jambes, d'avoir les mains comme électrisées et insensibles, de trembler,

(1) Dupré et Camus (Encéphale).

d'avoir toujours froid, de ressentir une foule d'autres maux et surtout de ne pouvoir bien respirer.

Il accuse une céphalée constante, une asthénie et une sensation de fatigue perpétuelle, de douleurs dans la poitrine et l'abdomen. Ces douleurs n'affectent aucun territoire anatomique ni fonctionnel spécial, elles sont de nature imprécise, elles s'accompagnent d'une sensation de lourdeur vague, de gêne pénible dans la profondeur, de souffrance générale et diffusée à tous les organes et à tous les tissus.

L'appétit est cependant conservé, il n'a pas maigri. L'état général est excellent.

L'examen le plus attentif des viscères ne montre aucune trace de lésions viscérales, en particulier aucun signe de tuberculose pulmonaire. Cœur et appareil digestif normaux. Les réflexes tendineux sont vifs, les pupillaires normaux. En dehors d'une légère héli-hyperesthésie droite, pas d'autres stigmates d'apparence hystérique ; pas d'intoxication alcoolique.

Aucune médication calmante ni suggestive n'influence favorablement ses souffrances. Toujours aussi lamentable, ne trouvant aucune amélioration, mais non désespéré, il sort de l'hôpital pour chercher ailleurs un soulagement à son état.

Les auteurs ajoutent :

« L'histoire de ce malade présente plusieurs points intéressants : d'abord le caractère diffus et général des troubles cénesthésiques ; ensuite leur début précoce, et presque infantile ; enfin leur caractère familial : la mère et plusieurs autres frères et sœurs se plaignent de troubles analogues. »

Ici les troubles cénesthopathiques paraissent se compliquer de troubles fonctionnels : le malade se plaint de ne pas pouvoir bien respirer. Cette sensation de mauvais fonctionnement d'organes sains, en réalité, tient au déséquilibre de la cénesthésie.

OBSERVATION VI (1)

M^{me} G... soixante-quatre ans, relieuse, sans autres antécédents héréditaires qu'une mère nerveuse et impressionnable. Pleurésie à 45 ans. Ménopause à 50 ans ; aucun accident neuropathique antérieur à la maladie actuelle.

Il y a dix ans, la malade a des troubles visuels de l'œil droit dus à une cataracte et à un décollement de la rétine. L'aggravation progressive de ces troubles l'oblige à cesser le métier de relieuse, mais, à cette époque là, alors que les fonctions visuelles étaient déjà très atteintes, la malade n'éprouvait aucune sensation ni pénible ni douloureuse ; c'est seulement deux ans après le début des lésions oculaires qu'ont débuté les phénomènes qu'elle présente actuellement.

M^{me} G... éprouve des sensations bizarres et pénibles qui siègent dans la région péri-orbitaire et nasale, à la partie inférieure du front, derrière les yeux ; elles restent superficielles, sans irradiation et sans propagation ; jamais elles ne prennent le caractère d'une céphalée frontale ni d'une névralgie du trijumeau ; en effet, la pression et les contacts ne les exagèrent pas ; en particulier elles ne se

(1) Dupré et Long-Landry, Société de Psychiatrie, 17 mars 1910.

modifient pas par la pression au niveau des points d'émergence des filets du trijumeau ; enfin elles ne s'accusent pas par l'effort de l'accommodation et elles ne sont pas sensibles aux influences extérieures et aux excitations sensuelles.

Ces sensations sont « indéfinissables », suivant l'expression de la malade elle-même. Elle essaye de les traduire de différentes manières : « C'est des drôles de douleurs, on dirait qu'il y a un millier de bêtes qui me rongent là-dedans, ça me peine, ça me tire, ça me tortille ». Parfois elle s'exprime à leur sujet comme s'il s'agissait de véritables douleurs ; d'autres fois, comme si ces sensations étaient seulement gênantes.

« Ça me grise, ça m'énerve, c'est raide ; c'est comme si les deux yeux étaient attachés ensemble et qu'ils soient raides. On dirait que les nerfs sont maintenus par quelque chose qui me serre. C'est comme si tout cela était mort. On dirait que ma figure devient toute petite ».

Mais M^{me} G... reconnaît que ces sensations sont surtout pénibles parce qu'elles sont continues, et qu'elle ne peut en distraire son esprit. « C'est continu, ça me tape sur les nerfs. Je suis agacée ; il faut à tout instant que je me lève en disant : Je souffre ! Mon Dieu, que je souffre. Je suis agaçante pour les autres. Je dors à moitié, je sens ma souffrance en dormant. C'est toujours la même chose, ça ne s'arrête pas une seconde. » C'est donc la continuité des sensations pénibles et l'impossibilité de les oublier qui les rend intolérables, beaucoup plus que leur intensité. « Ma souffrance me persécute, je souffre comme une damnée, c'est quelque chose de pitoyable. » Et l'expression de la malade révèle toujours le découragement et l'accablement. Elle se tient le front soutenu par la main, les yeux fermés,

tout en reconnaissant que cette attitude ne soulage aucunement son état.

Outre ces troubles de la sensibilité, il n'y a rien à signaler dans l'état général de la malade. La santé est bonne, les fonctions digestives sont normales ; elle n'a jamais eu ni sucre ni albumine dans les urines. Elle-même se sent valide : « Ce n'est pas une maladie que j'ai, ce sont des douleurs ».

Les auteurs ajoutent :

Rien dans l'état local ni dans l'état général ne justifie l'existence de ces sensations. Il n'y a jamais eu ni rhinite, ni sinusite, ni conjonctivite. Il y a de graves lésions oculaires. Mais ces lésions très anciennes ne peuvent pas entraîner de phénomènes douloureux. C'est l'avis des nombreux oculistes que la malade a vus. Elle a fréquenté l'hospice des Quinze-Vingts et les nombreuses cliniques ophtalmologiques, mais tous les spécialistes ont été d'accord pour affirmer qu'il n'y avait pas de relation à établir entre les lésions oculaires et les troubles de la sensibilité ; ils ont traité ces troubles de « sensations nerveuses » et se sont refusés à essayer une thérapeutique.

Remarquons encore ici l'étonnement de la malade vis-à-vis de ses sensations : « C'est des drôles de douleurs » dit-elle. Elle essaye alors de les décrire : « On dirait que » «, c'est comme si », deux débuts de phrases et de comparaisons qui reviennent constamment chez les cénesthopathes et qui montrent bien

leur impuissance à caractériser leurs sensations pénibles d'un mot. Et cependant, elle se sent valide : « Ce n'est pas une maladie que j'ai », dit-elle ; phrase qui ne pourrait se trouver dans la bouche d'un hypochondriaque.

OBSERVATION VII (1)

Observation d'un homme, M. P., âgé de 68 ans, entré en septembre 1908 à l'hôpital de la Pitié, service de M. Claisse et mort en décembre de la même année.

Cet homme se plaignait d'avoir de la peine, disait-il, « à expectorer des crachats qu'il avait sur la poitrine ». Un examen rapide montra que ce malade n'avait aucun signe d'affection des voies respiratoires, et, pour lui permettre de se reposer pendant quelques jours, on lui ordonna un peu de terpine.

C'est son insistance à réclamer une médication plus active qui fit qu'on s'occupa davantage de lui. Depuis plusieurs mois, cet homme ressentait une gêne dans la région rétro-sternale. Il ne s'agissait point d'un obstacle respiratoire puisqu'il n'y avait pas la moindre dyspnée; il ne s'agissait pas davantage de phénomènes douloureux; c'était une sensation gênante, comme celle des mucosités qu'il aurait eu envie de décoller et d'expulser au prix de violents efforts.

Un examen minutieux ne révéla rien d'anormal dans le thorax: ni dans les organes respiratoires, ni dans les

(1) Dupré et Long-Landry, Société de psychiatrie, 17 mars 1910.

vaisseaux, ni dans le médiastin. D'ailleurs, l'intégrité de son état général, l'absence de tout désordre respiratoire ou circulatoire concordaient bien avec cette absence de signes de lésions organiques.

On chercha alors la cause de cette gêne dans l'état local du larynx ou des bronches. Plusieurs examens laryngoscopiques furent faits ; on envoya le malade dans le service de M. Sébilleau, où le docteur Lombard lui fit, sur sa demande pressante, une trachéo-bronchoscopie. Il n'existait aucun rétrécissement, aucune lésion de la muqueuse laryngée ou trachéale, aucun dépôt de mucosités.

L'un de nous qui examina M. P., à ce moment, fit alors le diagnostic de cénesthopathie intrathoracique. Pour faire plaisir au malade, on lui donne une thérapeutique expectorante : terpine, poudre de Dover, légères doses d'ipéca. Mais cette médication ne le soulageait point, les sensations persistaient, aussi agaçantes, aussi continues, et le malade continuait à faire perpétuellement des efforts d'expulsion pour se débarrasser de ces mucosités ; on le trouvait toujours assis sur son lit, la tête penchée sur le crachoir, faisant de vains efforts d'expectoration. Souvent, il se mettait les doigts dans la bouche pour provoquer les vomissements, croyant se débarrasser en même temps des mucosités.

Ce sont ces habitudes qui ont entraîné sa mort, il en arrivait à ne plus s'alimenter, non par dégoût, ni par dysphagie, car il mangeait volontiers, mais aussitôt après le repas, exaspéré par ces sensations toujours présentes, il faisait des efforts de vomissement ; aussi ce malade était-il arrivé au mois de décembre à un état de cachexie considérable et il mourut dans le marasme.

L'examen anatomique a été fait minutieusement. Le larynx, la trachée, les bronches ont été sectionnés aux ci-

seaux pour s'assurer qu'il n'y avait ni rétrécissement, ni ulcération de la muqueuse. L'œsophage, les ganglions trachéo-bronchiques, l'aorte, la paroi postérieure du sternum ont été examinés. Tous ces organes avaient leur aspect normal.

Cette observation, ainsi que la précédente, constitue un type net de cénesthopathie ; les régions dont les malades se plaignent (pour l'une, la région orbitaire ; pour l'autre, la région laryngo-trachéenne) demeurent fixes, rebelles à toute thérapeutique ; et les troubles qu'ils accusent rentrent bien dans le cadre des cénesthopathies : sensations plutôt pénibles, gênantes, agaçantes, que douloureuses.

Enfin ils ne présentent aucun trouble névropathique surajouté. Comme le font remarquer les auteurs de l'observation : « A la description de leurs symptômes, les malades n'ajoutent rien, et, en particulier, ils ne font pas d'interprétations délirantes à propos de leurs sensations. Ils ne sont pas dans un état de dépression mélancolique, au moins au début de la maladie, alors qu'ils espèrent fermement la guérison de leurs maux. Ce découragement ne survient chez ces malades que secondairement, et il est dû à l'impuissance de la thérapeutique ».

OBSERVATION VIII (1)

Madame F..., âgée de 56 ans, vient consulter pour des douleurs qu'elle décrit ainsi : « il lui semble avoir comme un plomb, comme un masque appliqué du côté droit de la face, particulièrement au niveau de l'œil ; il semble qu'il y ait quelque chose qui ne fasse pas corps avec son œil, quelque chose de lourd et de gênant à la place de l'œil droit, quelque chose qui se gonfle (gestes descriptifs nombreux, car elle se rend compte qu'elle ne fait pas bien comprendre ce qu'elle ressent). On ne peut pas se figurer ce qu'elle éprouve. Elle sent par moments la tête comme fermée, bouchée. Elle ne peut rien porter ; quand elle fait le moindre travail, ça lui tire les nerfs du cerveau. Elle sent comme un casque qui lui serre la tête à droite ; quelquefois, comme des coups de lance ou des coups de marteau, comme une douleur engourdie ; à la nuque, c'est comme si on la serrait dans un étau, comme si les fibres derrière la tête allaient se briser ; on lui tenaille le cerveau ; il y a une douleur entre les yeux, c'est par moments comme un voile épais qui descend sur les yeux. Les yeux se gonflent, elle sent comme un cordon, comme une raie au milieu. En plus de ces douleurs de tête, il existe aussi de

(1) Maillard et Blondel, Congrès d'Amiens, 1911.

temps en temps des douleurs dans le haut du dos, dans les épaules. Quand on appuie sur le dos, cela lui répond dans la tête, lui fait des « lancements dans la tête ». Si elle porte un panier ou quelque chose de lourd, surtout à droite, cela lui tire les nerfs de la tête, de la nuque et surtout des yeux. Souvent à ce moment les yeux se voilent, elle n'y voit plus ; quand elle a posé son fardeau, la vie revient tout doucement. Souvent, lorsqu'elle fait un effort du bras, il lui semble que son œil droit devient tout noir ; c'est comme une éponge noire, un grand cercle noir qui cache tout en s'épaississant ; elle ne voit plus rien de cet œil ; puis elle voit violet foncé ; puis cela s'éclaircit et elle finit par voir de nouveau naturellement. Ces troubles visuels durent à peine une minute. L'œil gauche se brouille aussi depuis quelque temps. Quelquefois, ce voile se produit même sans effort ».

Lorsqu'elle décrit ses douleurs, après avoir épuisé toutes les comparaisons et tous les gestes descriptifs, elle ajoute « C'est tellement bizarre, c'est quelque chose qu'on ne peut pas comprendre. C'est douloureux et gênant, mais c'est plus douloureux que gênant. On ne souffre pas beaucoup, mais c'est très pénible à supporter.

Depuis le début, les troubles ont varié en intensité plus qu'en nature de douleur. Cependant elle a eu, il y a trois ans et autrefois, de grandes douleurs vives que les cachets analgésiques pouvaient calmer, tandis qu'ils sont sans action sur les douleurs actuelles.

Elle présente assez fréquemment des vertiges, surtout à l'occasion des changements brusques de position, ainsi qu'au réveil et au lever.

Souvent sensation de doigt mort et engourdissement ou fourmillement du nez.

Réflexes rotuliens vifs, plus forts à droite qu'à gauche ; achilléens normaux. Pas de clonus ni de signe de Babinski.

Réflexes radiaux vifs.

Artères dures et sinueuses, pouls tendu, 65 pulsations par minute avec quelques irrégularités. Au cœur, bruit de galop et second bruit de la base claqué. Tension artérielle au Potain ; 19-20. Palpitations fréquentes.

Bourdonnements, sifflements d'oreilles qui durent depuis six ans, du côté droit, avec, depuis quelque temps, des bruits plus retentissants qu'elle compare au bruit d'une batterie de cuisine. Audition bonne des deux côtés.

Urines : volume un peu exagéré, 1750 grammes ; densité très faible, 1008 ; taux de l'élimination de l'urée, de l'acide urique et des phosphates sensiblement diminué ; ni sucre ni albumine.

Etat psychique : malade un peu émotive et anxieuse ; crainte obsédante que le mal n'augmente, qu'elle arrive à ne plus avoir d'espoir ; mais elle accepte les encouragements auxquels elle est très sensible. Aucune interprétation. Elle a parfois un peu d'oppression avec constriction thoracique, respiration gênée, et impression qu'un malheur va lui arriver, à elle ou à son mari. Elle n'a jamais eu d'idées de suicide.

Examinée, en septembre 1910, au sujet des troubles oculaires, par notre ami le Dr Coutelas, celui-ci nous a remis la note suivante : « Je crois à une névrose pure. L'acuité visuelle qui était de 0,1 le 7 septembre est normale actuellement pour l'œil droit comme pour l'œil gauche avec le verre convexe de + 1 : Pas de lésions du fond de l'œil ». En février 1911, Coutelas nous remettait cette note : « J'ai donné à la malade + 1 et + 1,50. Il me semble que son fond d'œil se modifie ». Actuellement

l'acuité visuelle semble avoir baissé à droite, mais nous n'avons pas eu malheureusement le résultat du dernier examen ophtalmologique.

Depuis le mois de septembre 1910, notre malade n'est pas restée un instant sans souffrir et les troubles ont été plutôt en augmentant. Le côté droit du corps a toujours été plus atteint que le gauche.

Madame F... a toujours été sujette aux névralgies. Celles-ci ont commencé dès l'âge de 18 ans, à la suite d'un bain froid, et elle en a eu fréquemment jusque vers 30 ans par crises d'une quinzaine de jours, séparées par des intervalles de plusieurs mois. Elles ont siégé dans l'épaule droite et surtout dans les dents, à droite, avec un point très douloureux qu'elle indique et qui répond au trou sous-orbitaire. Elle en souffre parfois actuellement, et par la pression on peut déterminer les trois points douloureux de la névralgie faciale. Elle fait d'ailleurs une différence complète entre ces douleurs névralgiques, qui sont calmées par l'antipyrine et l'aspirine, et les autres douleurs, les douleurs céphalopathiques, que rien ne calme et qui, quoique moins vives, sont beaucoup plus pénibles.

Elle n'a pas eu d'autre maladie importante que ses névralgies; la ménopause s'est établie à 35 ans sans incidents. Elle aurait toujours eu une humeur égale et ne paraît pas avoir présenté d'anomalies du caractère. Rien à signaler dans l'hérédité.

La maladie actuelle a commencé d'une façon insensible, il y a plusieurs années, par des vertiges qu'elle éprouvait parfois en allant aux Halles. Il y a sept ans, elle avait déjà assez souvent des maux de tête qui ont été si violents à un certain moment qu'elle avait craint avoir un cancer dans la tête et qu'elle aurait voulu passer aux

rayons X ; mais elle n'a pas tardé à abandonner cette crainte.

Au point de vue étiologique, les auteurs tendent à croire qu'ici le syndrome cénesthopathique se serait développé sous l'influence de l'artério-sclérose.

Dans cette observation, nous pouvons voir combien les troubles céphaliques accusés par la malade diffèrent d'une migraine, d'une névralgie, d'une céphalée symptomatique. Et il est très intéressant que l'on trouve ici associée, surajoutée aux troubles cénesthésiques céphaliques, une névralgie faciale vraie. L'on voit en effet la malade séparer nettement ces deux troubles :

L'un, nettement douloureux, bien localisé, et répondant à des points anatomiques connus ; influencé et soulagé par les médicaments nervins et antinévralgiques ;

L'autre, cénesthopathique, difficile à décrire, diffus, polymorphe, bizarre, très pénible à supporter, mais non vraiment douloureux ; et sur lequel aucune thérapeutique ne peut avoir d'influence.

OBSERVATION IX (1)

La nommée D..., est une femme de trente-huit ans, venue pour la première fois, en octobre 1905, à la consultation de La Rochefoucauld.

Père mort d'un cancer. Mère, âgée de soixante-trois ans, est une grande déséquilibrée, souffre de prurit ano-vulvaire depuis trois ans, aurait toujours eu de l'eczéma.

Deux frères de la malade ont tous deux des maladies de peau, l'aîné a eu des démangeaisons violentes à la suite d'une brûlure du pouce ; il a eu des idées de suicide. Le second de l'eczéma. Deux sœurs ont toutes deux du prurit mais sans lésions cutanées.

Notre malade s'est toujours montrée une grande névropathe. Mariée, elle a eu un enfant mort de convulsions à six semaines, puis deux fausses couches, consécutives l'une à une peur, l'autre à une chute.

Elle a fait jusqu'ici deux tentatives de suicide (empoisonnement par le gaz d'éclairage). A la suite de la seconde elle eut une éruption durant cinq semaines et pour laquelle elle fut soignée à l'hôpital Broca.

Elle souffre de prurit depuis le commencement de l'an-

(1) Dupré et Camus, *Les cénesthopathies*, (Encéphale, 25 décembre 1907).

née 1905. Elle a consulté nombre de dermatologistes qui tous n'ont constaté aucune lésion cutanée et l'ont soigné comme prurit nerveux. Celui-ci est très étendu, mais il intéresse surtout la vulve, l'anus et la face interne des cuisses. Les différentes médications calmantes, locales et générales, même les plus efficaces d'ordinaire (cocaïne, menthol, stovaine, bromuré de camphre, morphine), qui ont été essayées successivement chez elle, n'ont amené aucune amélioration durable. Il en fut de même pour les médications suggestives, bleu de méthylène, électricité, etc... Seule l'anesthésie, provoquée à plusieurs reprises en novembre 1905 par l'injection épidurale de stovaine, amena chaque fois un peu de soulagement à son prurit.

Ce soulagement lui-même ne dura que quelques jours et les sensations pénibles reparurent et persistèrent toujours les mêmes depuis cette époque jusqu'à la fin de 1906.

La malade, revue vers la fin de 1907, accusait, dans l'intensité de ses sensations, un léger amendement.

Les troubles que cette malade présente sont surtout de l'ordre du prurit ; or le prurit paraît être proche parent des cénesthopathies ; cette « névrodermopathie » s'en distingue cependant par le fait que les agents extérieurs, et en particulier le grattage, ont une action très spéciale sur elle ; sa pathogénie ne paraît pas non plus être la même. Jacquet en fait une lésion du sympathique, tandis que les cénesthopathies paraissent devoir être attribuées à une perturbation du système nerveux central.

Mais il existe des troubles cénesthésiques très nets et très marqués dans le territoire cutané. L'observation suivante paraît probante à ce point de vue.

OBSERVATION X (1)

M^{lle} D..., 66 ans, sans autres antécédents héréditaires qu'une sœur « nerveuse ». Pas de grave maladie dans sa jeunesse, sauf vers 20 ans à sa sortie du couvent, où elle aurait été très faible et anémique.

Vers la quarantaine aurait eu parfois de petits accès d'oppression avec sensation de boule qui remonte. Ces phénomènes n'ont pas duré.

Très fortes migraines au moment de la ménopause. Peu après se serait occupée de spiritisme, et d'après les dires de son entourage, aurait été un médium écrivain abondant.

A 27 ans, la malade aurait déjà eu, à la suite d'une coupure du menton, une sensation de gêne persistante, qui dura assez longtemps.

A 40 ans, un morceau de bois projeté par une hachette la coupe à la joue, au-dessous de l'œil gauche, on lui met des points de suture. Au cours de cette opération, elle prétend qu'on lui aurait blessé un nerf.

Depuis cette époque s'est organisé un ensemble de troubles cénesthésiques qui se sont étendus. Au début il lui semblait que « tout était rentré dans les chairs, peau,

(1) (Personnelle).

cheveux, points de suture ». La cicatrice lui semblait « retournée » ; on lui fait une opération simulée, avec application de bandelettes de diachylon. Son état, loin de s'améliorer, s'aggrave et se complique. Elle ressent toujours une très grande gêne dans la moitié gauche de la face et du cou avec sensation de rétrécissement, de tiraillement, de « congestion ». Elle va en conséquence consulter de nombreux médecins.

L'un d'eux lui ordonne il y a 4 ans une pommade qu'elle applique pendant un mois.

Alors ses troubles cénesthésiques augmentent et se compliquent.

« Depuis cette maudite pommade, j'ai la mâchoire contractée, tout est serré ; elle a pénétré dans la bouche. » De plus elle a la sensation d'être toujours couverte de pommade qui « a pénétré sous la peau ». « La cicatrice me semble farcie de pommade ». Il semble que l'application de la pommade ait concrétisé les sensations étranges qu'elle ressentait du côté des téguments.

Pour essayer de se débarrasser de ses sensations pénibles elle se gratte, se pince, et se tire la peau de la face, du cou, et du cuir chevelu, avec des gestes stéréotypés.

En outre « sa figure est comme du bois, de la pierre, elle se sent empesée, toute prise de ce côté », « je ne sens plus rien, je ne me sens plus, c'est comme mort, comme paralysé ». En réalité elle ne présente pas de troubles ni de la sensibilité, ni de la motilité.

Cette sensation de gêne, de « tiraillement » s'étend parfois dans le bras, dans la hanche, dans tout le côté gauche, mais avec prédominance nette dans la région de la face, du cou et du cuir chevelu, où elle sent comme un paquet de peaux, de saletés ».

Dans la nuque, elle a une sensation de nerfs brisés avec « craquement de l'os de la nuque ». Elle se plaint de torticolis et tient toujours la tête inclinée à gauche ; néanmoins son sterno-cleido-mastoïdien n'a point de contraction. Elle se plaint également de constriction du cou « comme avec une corde ».

En outre elle paraît présenter depuis quelque temps seulement des réactions anxieuses secondaires. Elle a peur de ne plus pouvoir respirer, d'être contractée et de mourir étouffée.

Elle prétend également que tout le monde la regarde, et que tout le monde se retourne pour la voir « tellement elle est défigurée ».

L'état général est resté bon. La malade dort assez bien ; parfois quelques insomnies ; pas de céphalées. Appétit bon, quoiqu'irrégulier ; réflexes pupillaires et tendineux normaux.

Ainsi cette malade présente un riche ensemble de troubles cénesthésiques qui s'est organisé à la suite d'un traumatisme, et qui s'est aggravé à la suite d'une opération simulée. Nous verrons d'ailleurs qu'il en est toujours ainsi chez ces malades, que les interventions chirurgicales soient simulées ou non.

Les sensations qu'elle accuse ne peuvent entrer dans le cadre des algies : elles ne sont pas douloureuses, mais gênantes, agaçantes, spéciales ; ce ne sont pas non plus des paresthésies, si l'on s'en rapporte à la définition de Jacquet (1). Pour cet auteur les *paresthésies* (de *παρά αισθησις*) sont des déviations de la sen-

(1) Jacquet, in *Pratique dermatologique*.

sibilité: l'erreur, le retard, la fusion des sensations sont des paresthésies; la synalgie, éveil d'une sensation douloureuse en un point éloigné du foyer de l'excitation est une paresthésie.

Or, dans le cas qui nous occupe, il y a perception, en l'absence d'excitations externes, de sensations indéfinissables de malaise, de gêne, de non présence; il y a donc perversion, déséquilibre des sensations organiques de la peau; on est ici en présence d'une cénesthopathie, et non d'une paresthésie.

Nous devons cependant ajouter que le mot paresthésie a été employé parfois dans le sens de perversion de la sensibilité cutanée subjective (par exemple à propos des fourmillements décrits à propos des névrites ou des tabes), et même dans un sens rapproché de celui de cénesthopathie. Nous aurons l'occasion de revenir là-dessus à propos du diagnostic des cénesthopathies.

OBSERVATION XI (1)

Madame M., 69 ans, sans antécédents héréditaires notables n'a pas eu de maladie grave jusqu'à 46 ans. Elle est mère de cinq enfants dont quatre vivants et bien portants.

A 46 ans, à la suite de métrorrhagies abondantes, on lui fait un curetage, qui aurait été suivi quelque temps après d'un prolapsus utérin, et d'une périnéorraphie.

Comme la malade continuait à souffrir de pertes sanguines abondantes dues à un fibrome hémorrhagique, on lui fait une hystérectomie par la voie vaginale.

Depuis cette hystérectomie, la malade a commencé à se ressentir périodiquement de sensations douloureuses dans la région de l'abdomen et du bas-ventre.

Pendant longtemps ces périodes pénibles furent courtes, peu fréquentes, supportables (pendant une quinzaine 2 ou 3 fois par an); comme, dans l'intervalle, M^{me} M., n'éprouvait aucun trouble et jouissait d'une parfaite santé, elle s'en inquiétait peu.

Il y a 3 ans, elle fut prise d'une nouvelle crise douloureuse plus violente, plus longue, avec une localisation plus marquée dans la fosse iliaque droite. On croit à l'appendicite, et on l'opère à Cochin; cette opération (septembre

1910) est suivie d'une période de bonne santé qui cesse en avril 1911, époque où elle recommence à se plaindre de douleurs abdominales. On la réopère en octobre 1911 (même incision). Nouvelle période non douloureuse ; février 1912 voit réapparaître ses douleurs. C'est alors qu'elle va consulter le Dr Dupré à La Rochefoucauld qui pose le diagnostic de cénesthopathie et ordonne des pilules de Méglin. Les douleurs cessent pour reprendre en janvier 1913. Actuellement (juin 1913) elles persistent depuis ce temps.

Les douleurs que la malade a ressenties à ces différentes périodes sont depuis toujours restées les mêmes comme nature et localisation ; elles n'ont subi que des variations d'intensité et de durée.

La malade se plaint, surtout dès qu'elle se lève, de sensations pénibles dans la région abdominale, diffuses, sourdes, sans contractions intestinales. Puis, brusquement, il arrive que cette gêne douloureuse disparaît et fait place à une sensation de pression douloureuse, localisée au-dessus et de chaque côté de la symphyse : « c'est comme si on me serrait là de chaque côté avec des tenailles », dit-elle en suivant cette compression avec ses poings et en prenant une expression douloureuse. D'autres fois « c'est comme si on la serrait violemment avec des cordes » et elle se barre avec la main la région hypogastrique. « C'est comme si on m'appuyait toujours sur le ventre ». Ce sont ces localisations qui la font le plus souffrir. Parfois ses douleurs diffuses abdominales sont accompagnées d'une sensation de brûlure dans la fosse iliaque droite qui a fait porter le diagnostic d'appendicite. Elle se plaint également d'une barre sur l'estomac.

Tous ces symptômes douloureux sont surtout accusés le

jour. Il ne persiste guère la nuit qu'une sensation de constriction laryngée avec sécheresse de la gorge qui la force à avaler fréquemment une gorgée d'eau.

Pendant les périodes douloureuses, la malade digère bien, mais n'a pas d'appétit. « Tout passe bien, mais je suis dégoûtée de tout. » Les douleurs ne sont aucunement influencées par les repas. Elle va régulièrement à la selle, avec l'aide de pilules laxatives. Mais si l'état général reste bon, les troubles pénibles qu'elle ressent finissent par être accompagnés d'un certain état de dépression avec idées mélancoliques qui dure et va en s'accroissant jusqu'à la fin de la période douloureuse. « Elle a des idées noires, elle croit qu'elle ne guérira plus maintenant. »

Au contraire dans l'intervalle de ses accès cyclothymiques, elle « mange, travaille, est forte et gaie comme une jeune fille ».

Elle suit ponctuellement toutes les prescriptions et ne hasarde aucune interprétation sur sa maladie.

Au point de vue physique, elle est forte et bien conservée. Elle ne présente aucun trouble de la sensibilité. Réflexes rotuliens normaux.

Cicatrice d'appendicite. Petit bassin vide d'utérus. Abdomen étalé, mou, peu douloureux à la pression.

Ce qui est remarquable dans cette observation, c'est que la malade a subi deux opérations chirurgicales sans voir ses troubles disparaître. Nous verrons plus loin que, s'il faut se défier avec Picqué des douleurs d'origine nettement organique, mais d'allure psychopathique, il faut également prendre garde de ne pas multiplier les interventions chez des malades

dont les symptômes présentent les traits caractéristiques des cénesthopathies ; car l'intervention, loin de jouer un rôle bienfaisant de suggestion, aggrave au contraire les symptômes ultérieurement.

Il est également intéressant de constater chez cette malade les crises en quelque sorte rythmées où elle est prise de douleurs cénesthopathiques, crises qui reproduisent chaque fois l'évolution fréquente de ces douleurs, aboutissant après un certain temps à des réactions mélancoliques et dépressives.

OBSERVATION XII (1)

Malade âgée de 28 ans, appartenant à une famille d'aliénés. Elle a un oncle interné depuis de nombreuses années ; une jeune sœur atteinte depuis quelques mois de troubles psychiques vit isolée sous une surveillance constante. Sa mère, emportée à 65 ans par une affection cardiaque ancienne, a toujours vécu de façon bizarre.

Jusqu'à son mariage, la malade a joui d'une santé parfaite. Après la naissance d'un enfant bien constitué, elle a commencé à se plaindre de sensations anormales au niveau de l'abdomen. Durant les périodes de digestion, il lui semblait que « ses intestins remuaient, que les aliments descendaient trop vite, entraînant avec eux l'intestin qui s'accumulait en tas dans la partie la plus déclive de la cavité abdominale. Il en résultait une gêne, un malaise, une impression de vide dans l'estomac, un besoin de constriction de la partie supérieure du ventre ». L'alimentation calmait ces phénomènes singuliers, et la malade continuait alors à vaquer à ses occupations ; mais il lui fallait auparavant s'étendre sur une chaise-longue et comprimer avec ses mains la région stomacale.

Ces sensations, d'abord espacées, se montrèrent de plus

(1) P. Merklen et A. Devaux. *Médecine moderne*, août 1913.

en plus fréquentes, si bien qu'au bout d'un an environ la malade était devenue incapable de quitter son lit. Dès lors, ses repas deviennent son unique souci. Elle s'inquiète de la préparation des aliments qu'elle veut « épais et collants pour empêcher la chute de l'intestin ». Aussitôt qu'un aliment liquide pénètre dans l'estomac, ses intestins « coulent ». Ce « coulage » ne s'accompagne pas de douleurs, mais d'une gêne, d'un malaise indéfinissables, analogues à ce que doit « éprouver un objet se dissolvant dans un liquide ». C'est « comme si les intestins allaient s'écouler en dehors du ventre ; ils remuent, tombent, mais ne provoquent pas de coliques douloureuses ». Et la malade ajoute : « Je préférerais avoir de véritables douleurs plutôt que cette impression de coulage que je ne puis définir, et qui me fera mourir ». Certains paroxysmes s'associent à de véritables accès anxieux, avec angoisse et sensation de mort.

La défécation provoque des troubles sensitifs de même ordre. « C'est comme si l'intestin cherchait à sortir par l'anus, en se retournant comme un doigt de gant. » La malade sent dans son bas-ventre le tube intestinal s'invaginer au-dessus de l'endroit où les matières sont accumulées ; c'est avec d'infinies précautions qu'elle consent à aller à la garde-robe dans des morceaux d'ouate qu'elle tient elle-même dans ses mains. « Je sens d'une façon si précise tous ces détails que j'ai beaucoup de peine à croire qu'un jour je ne perdrai pas mes intestins. »

Depuis quatre ans, ces malaises n'ont subi aucun changement. Au début, la malade fut soumise, sous la surveillance d'un spécialiste, à divers régimes et pratiques alimentaires qui demeurèrent sans effet. Puis, devant l'absence de résultats, elle usa spontanément de l'alimentation

la plus fantaisiste, arrivant à ingérer 24 jaunes d'œufs par jour, etc. ; ses sensations cénesthopathiques persistèrent sans se modifier et sans se compliquer de troubles dyspeptiques appréciables. Sa résistance est telle que, malgré ses imprudences, elle garde un état général florissant.

« Ainsi, souvent le tube digestif, l'estomac, l'intestin, l'abdomen sont le siège des troubles cénesthopathiques, et les malades passent leurs journées à se préoccuper de leurs ingesta, de leurs excréta et des sensations abdominales dont ils sont les victimes. Les divers régimes n'agissent que dans la mesure où ils suppriment l'élément dyspeptique parfois surajouté. Mais ils demeurent naturellement sans action sur les impressions pénibles d'ordre purement cénestopathiques ».

OBSERVATION XIII (4)

Pendant qu'il était traité pour des accidents urémiques, un homme de 43 ans, issu d'une famille névropathique et ayant lui-même présenté dans sa jeunesse un léger accès de dépression, se plaint un jour d'éprouver, à l'extrémité du nez, une sensation bizarre « qu'il ne s'explique pas ». C'est une impression non douloureuse, mais pénible et gênante, rappelant par certains côtés celle d'une ulcération qui se cicatrise. Elle met sans cesse le malade dans l'obligation de se palper le nez ; il a beau cependant en explorer la peau, les muqueuses, les cartilages, l'extrémité ou les régions plus haut situées, il ne peut trouver la localisation des phénomènes qu'il ressent. « C'est là-dedans, dit-il en prenant son nez entre ses doigts ; mais je ne peux fixer le siège du mal ; les limites sont très vagues. J'ai de la peine à définir ce que j'éprouve, et pourtant mon nez me gêne. Je le sens d'une façon pénible, comme s'il allait changer de forme ; mais je ne le vois pas modifié. »

L'examen local des tissus et de la cavité nasale pratiqué par un rhinologiste ne décèle aucune altération.

Cet état dure deux mois. Les troubles cénesthopathiques

(1) P. Merklen et A. Devaux, *Médecine moderne*, août 1913.

s'imposaient durant ce temps avec une telle force au sujet qu'il n'apportait plus guère d'attention à l'évolution de sa néphrite. Puis cette dernière s'aggrava, et emporta le patient, toujours tourmenté par sa cénesthopathie.

OBSERVATION XIV (1)

M. L..., 21 ans, est né à La Havane d'une mère créole et d'un père français qui serait très nerveux, très émotif. Il a présenté à 2 ans des accidents méningitiques qui laissent comme séquelle un strabisme divergent opéré une première fois à 6 ans, puis à nouveau à 15 ans, parce que mal corrigé. Assez bien corrigé actuellement, il se plaint néanmoins de troubles de la vue du côté de l'œil droit.

Elevé chez les Jésuites d'Oloron, il convient qu'il y a été un très mauvais élève ; à Bordeaux, puis à Paris, où il va ensuite pour essayer de passer son baccalauréat, il ne sait rien. Il se livre à des excès de toutes sortes, excès sexuels et excès de boissons.

En résumé, c'est un débile intellectuel avec perversions instinctives, présentant d'ailleurs des stigmates physiques de dégénérescence, voûte palatine ogivale, asymétrie faciale, etc.

Ce malade se plaint de sensations anormales dans la tête qui seraient surtout accusées depuis plusieurs traumatismes crâniens. Il met en cause : 1° deux coups de poing américain reçus au niveau des deux tempes ; 2° Une chute

contre l'angle d'une porte, après qu'il eut été renversé d'un coup de poing dans une séance de boxe.

Cependant, avant ces traumatismes, L... déclare qu'après certains excès génésiques, il avait la sensation que son crâne était « rapetissé ».

« Il me semblait que mon cerveau se rapetissait, se déprimait en certaines de ses parties. Si ensuite je cessais mes excès, il me semblait que mon cerveau reprenait sa forme primitive. »

Mais depuis ces chocs crâniens, jamais, dit-il, il n'a eu la sensation que sa tête avait repris ses proportions normales. « Le matin mon crâne se comprime, devient plus étroit. En même temps, il me semble qu'il est déprimé en certaines de ses parties, surtout du côté gauche et en avant. En passant le peigne, j'ai l'impression que ma tête n'est pas symétrique. Supposez un ballon de celluloid dont certaines parties seraient déprimées, enfoncées, et qui, sous l'influence de certaines conditions, tendrait à reprendre sa forme primitive ». Il essaye de parvenir à ce dernier résultat par des coups de poing, des ablutions, une façon particulière de mettre son chapeau. Par un mouvement brusque des masticateurs, passé à l'état de tic, il rapproche les mâchoires d'un coup sec et cherche à « remettre les choses en place ».

Il a aussi la tête lourde, l'impression qu'il a des « nerfs embrouillés dans la tête » et que « certaines de ses facultés sont comme paralysées ».

Si l'on tient à lui exposer qu'il est bien impossible que sa tête soit soumise réellement aux variations de forme et de volume qu'il lui attribue, il convient de l'étrangeté des symptômes qu'il ressent.

« Enfin, dit-il, j'essaye de vous expliquer ce que je

ressens. C'est peut-être mon cerveau. Si j'avais un atlas d'anatomie du crâne, je crois que je pourrais vous montrer les parties, les nerfs qui sont atteints. »

Très vigoureux, très alerte, il ne s'inquiète nullement de ces troubles, qu'il déclare nettement être bien plus gênants que douloureux. Il reste très souriant, très euphorique, et répète souvent qu'il compte bien guérir « par l'hydrothérapie, l'exercice, et la suralimentation », bien que depuis six mois que nous l'observons, aucun changement ne survient dans son état ni dans la description de ses symptômes.

Ce qui est remarquable chez ce malade, c'est l'euphorie très nette qu'il présente d'une façon continue. Pourtant ses troubles cénesthopathiques sont fort gênants ; mais ils ne provoquent chez lui aucune réaction morbide, anxieuse ou hypochondriaque. Il se borne à décrire du mieux qu'il peut les sensations bizarres qu'il ressent et à chercher à y remédier par les moyens qu'il croit le plus propre à cet effet. Ainsi chez lui les troubles cénesthopathiques sont pour ainsi dire purs, sans aucune réaction délirante et il n'y a rien de spécialement extraordinaire ni dans l'étiologie qu'il reconnaît à ses troubles, ni dans la thérapeutique qu'il leur applique, ni dans les interprétations qu'il en fournit.

Cette indépendance de l'état de l'humeur avec les troubles cénesthésiques va se retrouver dans l'observation qui suit, au moins à une période donnée de la maladie.

OBSÉRVATION XV (1)

Madame T. J... est une femme de 62 ans, que nous avons pu observer, depuis neuf ans, dans le service de notre maître M. Deny. Elle est entrée à la Salpêtrière au début de 1904, pour de la dépression mélancolique et pour des préoccupations pénibles, considérées alors comme hypochondriaques. Il s'agissait d'un accès dépressif, remontant déjà à plus de deux ans. La malade est entrée en effet à la fin de 1901, à Sainte-Anne, puis à Villejuif, en dépression avec les mêmes préoccupations pénibles, des idées de suicide et de l'agitation anxieuse par intervalles.

Son histoire est très riche en troubles psychopathiques. Dans son hérédité, on relève l'existence de l'alcoolisme chez son père mort à soixante-dix-huit ans ; on note chez sa mère des troubles graves du caractère avec violences et méchanceté envers toute sa famille, qui dut la faire placer à la Salpêtrière pendant plusieurs années ; un frère, plus âgé que la malade, ne pouvant supporter la vie de famille, s'expatria en Amérique.

Mariée à vingt et un ans à un homme violent, Madame T... eut trois enfants, dont deux sont morts en bas âge de mé-

(1) Paul Camus, Société de Psychiatrie, 19 décembre 1912.

ningite, et le troisième, une fille, a été internée à la Salpêtrière pour un accès mélancolique.

Notre malade est internée actuellement pour la troisième fois. A trente ans, premier internement durant dix mois, à Charenton, pour accès dépressif avec idées de ruine et tentative de suicide : sortie guérie.

A quarante ans, second accès dépressif, durant dix à onze mois, à Villejuif, sortie guérie, elle reste de nouveau dix ans au dehors.

A cinquante-deux ans, troisième accès, un ou deux mois après la ménopause, reprise brusque de mélancolie comme les deux fois précédentes.

Pendant les trois premières années de son séjour dans le service, les phénomènes de dépression se montrent sous forme d'inertie, de négligence de soi-même, de refus partiel de nourriture, de tristesse, de craintes et de temps à autre idées de suicide. Mais ce qui domine dans son état psychopathique, ce sont les troubles cénesthésiques, ce sont les sensations insolites et indéfinissables que la malade éprouve. Un examen superficiel pourrait les faire considérer à tort comme des préoccupations hypochondriaques. Ces troubles intéressent toutes les sensations internes, mais portent plus spécialement à ce moment sur la sensibilité viscérale abdominale. Elle les exprime sur un mode triste. Pour les décrire, elle emploie constamment des périphrases, elle ne peut les dépeindre sans dire : « C'est comme si on me faisait... »

Elle ne peut jamais trouver l'expression satisfaisante : « C'est, dit-elle, comme si quelque chose remuait dans tout mon corps, ça gratte, c'est comme si on me frottait partout, mais c'est en dedans, et pourtant il me semble que c'est comme en dehors... qu'est-ce qui peut remuer

comme ça dans mon corps?... C'est détraqué, c'est déséquilibré... on m'a dit que cela va guérir, mais moi je ne croirai pas, je n'éprouve pas la faim, je mange par raison... je n'ai pas de sommeil, c'est comme si j'étouffais, comme si j'étranglais, je sais bien que je n'étoufferai pas... tout m'est égal, je n'ai plus de sentiments, tout est éteint en moi et pourtant, la raison n'est pas égarée, la mémoire non plus... »

Trois ans plus tard, en 1907, à la phase de dépression succède une période d'agitation pénible. En 1908, elle se montre très surexcitée.

Ses troubles cénesthésiques engendrent des réactions anxieuses ; elle se pince, se gratte, s'écorche sans cesse les jambes, arrache ses pansements, met ses ongles dans ses plaies, dans le but de faire revenir une sensibilité plus normale. Elle s'alarme de l'étrangeté et de la continuité de ses troubles. Ce qui lui est le plus pénible, ce qu'elle qualifie de souffrance, c'est la crainte de rester toujours ainsi, de ne jamais guérir. Pour traduire son effroi, elle dit même : « Je suis comme une morte vivante ».

L'année suivante, les mêmes sensations persistent, mais l'agitation anxieuse a disparu ; elle est calme et travaille régulièrement à l'atelier.

En 1910, commence une phase de satisfaction et d'exubérance, une véritable période d'hypomanie. Une sorte d'euphorie relative remplace la tristesse. Avec volubilité et animation, en faisant des gestes, la malade exprime sur un mode satisfaisant les mêmes sensations qu'elle ressent toujours : « Je respire, je reviens à la vie. Tous les jours ça s'améliore de plus en plus, je ne suis plus tourmentée, car je crois que j'arriverai bientôt à la guérison... c'est une résurrection... mon corps me paraissait comme élargi, main-

tenant, il semble se resserrer, tout ça va se remettre en place, quelles drôles de choses je ressens encore, c'est incompréhensible. Mais maintenant j'ai bon espoir, je suis gaie, mon sang se refait, j'ai beaucoup de force et je peux travailler ». Et de fait, elle travaille avec grande activité à l'atelier de couture.

Actuellement, en décembre 1912, cette phase d'euphorie persiste. Elle décrit encore les mêmes sensations bizarres dans tout le corps : « J'ai des tiraillements dans le ventre, autour du nombril, mes intestins se resserrent. Les pieds, les mains, me semblaient élargis; la mâchoire était disloquée. Il y a encore le nerf là, du côté droit de la figure qui paraît gros, il n'est pas encore en place. Dans le nez, il y a encore des fibres qui tiraillent, c'est comme si ça sifflait quand je suis couchée... c'est encore drôle, ça remue, ça monte, ça descend... c'est seulement gênant, mais j'ai bon espoir, je vais revenir à la santé... j'ai toute ma raison entière... »

L'affectivité et la mémoire sont bien conservées. La malade rappelle les craintes qu'elle avait de ne pouvoir guérir les appréhensions angoissantes qui la faisaient tant souffrir. Son activité intellectuelle est intacte. Elle n'a aucune système ni aucune idée délirante à proprement parler. Jamais nous n'avons pu penser chez elle, à l'existence d'hallucinations d'aucun sens. Quand on la questionne sur la cause à laquelle elle attribue toutes les sensations bizarres qu'elle éprouve, elle n'invoque que des causes très naturelles : « Tout ça, dit-elle, doit survenir du surmenage dans mon travail, des émotions que j'ai eues avec mon mari très violent et de la fatigue de mes grossesses; j'ai eu mes enfants trop près les uns des autres » (quatre grossesses, dont une fausse couche, en trois ans).

Interrogée sur la durée de ses troubles cénesthésiques, elle affirme avoir toujours eu, depuis l'âge de trente ans, c'est-à-dire depuis son premier accès mélancolique, des maux de tête et des sensations bizarres, indéfinissables, surtout dans le ventre, dans le creux de l'estomac, puis dans la tête. Ils ont existé pendant chacune des périodes dépressives qu'elle a traversées, ils n'ont jamais disparu dans l'intervalle de ces périodes, même lorsqu'elle était chez elle, et qu'elle travaillait activement.

A part un peu d'embonpoint, l'examen somatique ne décèle aucun trouble manifeste des principales fonctions organiques. Les réflexes tendineux sont normaux. Les pupilles sont légèrement myotiques, la droite plus que la gauche, mais elles réagissent bien à la lumière.

Dupré dit, à propos de ce cas qui est à rapprocher de l'observation XI, où l'on voit la cénesthopathie évoluer par crises intermittentes relevant d'une constitution cyclothymique combinée au déséquilibre de la sensibilité.

« C'est le cas très intéressant d'une sexagénaire atteinte depuis plus de trente ans de cénesthopathies diffuses très intenses, continues, et de périodes alternantes d'hypomanie et de mélancolie. Au cours des crises de dépression, les troubles de la sensibilité deviennent le prétexte du redoublement de l'anxiété, de lamentations et d'ébauches d'idées délirantes d'hypochondrie et de négation. Dans les accès d'excitation, les mêmes troubles sensitifs ne réveillent plus de craintes, la malade les décrit avec bonne humeur et avec la conviction de leur prochaine guérison.

Ainsi voilà deux observations très nettes : les troubles cénesthésiques peuvent coexister avec un état euphorique. M. BLONDEL fit remarquer, dans la discussion qui suivit la présentation de la malade de P. Camus (1) « qu'il est difficile de ne pas être frappé du contraste existant entre celles de ses énonciations qui relèvent de ses cénesthopathies et l'euphorie qu'elle manifeste et que les conceptions courantes nous invitent à rapporter également à la cénesthésie, mais à une cénesthésie, pourrait-on dire, de signe contraire ».

Ce sont justement ces faits cliniques qui viennent à l'appui de cette thèse, que les troubles cénesthopathiques sont des troubles sensitifs ; et que les déséquilibres de la cénesthésie, telle que nous l'entendons, ne peuvent être ramenés aux troubles de l'humeur ni à ceux du sentiment général de la personnalité.

M. BLONDEL dit encore « Les cénesthopathies sont, d'après M. Dupré, des troubles sensitifs et nullement affectifs ; mais comme le mot sensitif n'a pour nous que deux sens, celui d'affectif et de représentatif, et comme des éléments primaires de la cénesthésie, le contenu représentatif est généralement considéré comme rudimentaire, il se trouve que n'étant ni affectif, de l'avis de M. DUPRÉ, ni représentatif de l'avis d'à peu près tout le monde, les troubles cénesthésiques ont quelque peine à se poser comme sensitifs. »

(1) Société de Psychiatrie, 19 décembre 1912.

Evidemment, le contenu représentatif des sensations internes est très mince, et c'est précisément ce qui explique la difficulté qu'ont les malades à comprendre et à faire comprendre leurs symptômes.

Mais ne peut-on concevoir les impressions cénesthésiques comme affectives, tout en admettant leur indépendance relative vis-à-vis de l'humeur ? Pour nous, une impression caractéristique peut être considérée à ce point de vue comme un élément d'ordre périphérique, tout comme une impression sensorielle ; tous ces éléments synthétisés peuvent concourir à fixer le ton de nos dispositions affectives et à former le sentiment de notre personnalité ; mais chacun pris isolément n'a qu'une action plus ou moins étendue, dont l'importance relative se mesure d'après des facteurs extrêmement variables et complexes. Une vive lueur perçue par un individu normal ne produira qu'une impression désagréable ; la même lueur perçue par un prédisposé psychique pourra lui servir pour édifier un système délirant, que cette lueur ait été réellement produite dans le milieu extérieur, ou qu'elle ait été purement subjective.

De même, l'on doit reconnaître que les troubles cénesthésiques les plus inquiétants et les plus insolites ne font pas délirer un cerveau bien équilibré, nous croyons l'avoir démontré par les observations précédentes.

Est-à-dire que les cénesthopathes conserveront toujours une parfaite intégrité de leur humeur et de leur état psychique ?

Bien au contraire, il peut exister des délirants et des interprétateurs à base cénesthopathique, de même qu'il en existe à base uniquement sensorielle. Les observations qui vont suivre vont mettre en évidence les nuances existant dans les réactions morbides que peuvent présenter les malades au sujet de leur cénesthopathie.

OBSERVATION XVI (1)

Une femme de 48 ans, déséquilibrée de la sensibilité et de l'imagination, atteinte de dyspepsie chronique et de salpingo-ovarite double, a présenté, à l'âge de 46 ans, et au cours d'un état de dépression psychique contemporain de la ménopause, des troubles de la cénesthésie considérablement exagérés par la réaction morbide de l'imagination.

D'abord, sensation de dilacération, de hersage au niveau des ovaires, qui sont en « capilotade ». Chaque jour, nouveau supplice : amputation des cuisses, torsion de l'estomac, dislocation de la colonne vertébrale, etc... La malade répète : « ils me torturent. Ils me font mourir ». Si on lui demande : « Qui, ils ? » elle répond : « Je ne sais pas, c'est une manière de parler ». Bientôt, elle déclare qu'elle est habitée par des êtres vivants, dont elle dit percevoir les griffes et les dents. Ayant rêvé que les lions la dévoraient, elle attribue aux lions les blessures qu'elle ressent. Les jours suivants, elle décrit les tigres, des chacals, des loups. Elle dit : « Ma ménagerie ». Puis la ménagerie se complique d'une « quincaillerie » ; les animaux pour

(1). Dupré et Logré, Congrès d'Amiens 1911.

la torturer, mettent en œuvre toutes sortes d'instruments : roulettes, navettes, scies, couperet, etc.

Ils taillent et découpent ses organes qu'ils réduisent à l'état de « brindilles très minces ». Parfois, dans leurs déplacements, ils cherchent à passer de l'abdomen dans la poitrine, à travers un orifice trop étroit, et c'est ainsi que la malade explique son angoisse.

Ils l'étrangent, ils la trépanent ; elle entend très distinctement le grincement des scies et les coups de marteau ; ils soulèvent jusqu'au plafond sa tête emmanchée sur la colonne vertébrale ; ils étirent sa peau jusqu'aux murs de la chambre. Son ventre contient encore des homards, des coquillages de formes rares et variées qu'elle peut décrire, des légumes, etc.

La malade raconte avec complaisance, et souvent en souriant, ses terribles supplices. Lorsqu'on lui demande si elle croit à la réalité des animaux qu'elle décrit dans son ventre, elle répond : « Je crois que c'est une invention de mes nerfs. Et cependant je les vois, comme je vous vois ».

Elle dit qu'elle « souffre infiniment plus chaque jour ». Elle réclame de la morphine, reste confinée au lit, se prive de nourriture « pour ne pas exciter les animaux », etc. Les douleurs sont « plutôt sourdes que vives, mais continues et intolérables ».

Evolution chronique : depuis deux ans, malgré l'intercurrence d'émotions violentes, telles que la mort de son mari, aucun changement dans son état.

Le thème général de la fabulation persiste.

« En résumé, cénesthopathie générale, à prédominance abdominale, amplifiée par l'imagination. La

malade fabule par voie de comparaisons, de descriptions et de récits, suivant un schème fantastique qui, malgré son invraisemblance, s'impose à son esprit, non comme un syndrome hallucinatoire ou délirant, mais comme un syndrome à base de représentations mentales vives, produit complexe des troubles de la cénesthésie, et de l'imagination ».

Nous sommes donc en présence d'un état psychopathique particulier : les comparaisons dont usait au début la malade dans le but d'exprimer les sensations étranges qu'elle ressentait, se sont imposées à son esprit de façon de plus en plus vite, jusqu'à paraître devenir des réalités ; et la constitution psychique est telle qu'elle dénature et amplifie les troubles cénesthopathiques, comme d'autres font de leurs troubles sensoriels.

Remarquons une fois de plus la coïncidence du début de la maladie avec la ménopause.

OBSERVATION XVII (1)

V..., cultivatrice, mariée, cinquante-trois ans, entre à l'asile d'Orléans, le 22 novembre 1901.

Pas d'antécédents héréditaires. Régée à treize ans, mariée à vingt et un, elle n'a jamais eu d'enfants ; pas de troubles de la menstruation, pas d'avortements. Avant sa maladie, elle était d'un caractère gai, mais peu intelligente.

En 1893, à quarante-neuf ans, elle ressent des douleurs dans le bas-ventre. Elle va consulter à Saint-Antoine où on ne lui trouve rien. Un empirique lui conseille peu après un pessaire et une ceinture.

En 1900, les douleurs deviennent plus violentes. Elle disait qu'elle avait un cancer, puis apparurent des idées de persécution. Elle croyait que son mari voulait se débarrasser d'elle pour en hériter. Elle fait une tentative de suicide sous l'influence de ce délire et, à la suite, elle est placée à l'asile.

A son arrivée, elle se présente sous l'aspect d'une débile avec idées de persécution et préoccupations hypochondriaques. Elle dit que son mari veut la tuer et elle se plaint

(1) Rayneau et Nouet. Congrès de Genève, Lausanne, 1907.

de violentes douleurs dans les reins et dans le ventre sans pouvoir s'expliquer pourquoi.

Cet état reste stationnaire jusqu'en mars 1902. Un beau matin, elle déclare qu'elle est enceinte, qu'elle en a eu la preuve la nuit précédente en « ressentant une boule qui lui remuait dans le ventre ». Depuis lors, c'est-à-dire plus de cinq ans, elle conserve le même délire. Elle ressent toujours une masse grosse comme le poing qui lui « grouille dans le ventre » ; elle sent remuer dans son flanc sa matrice, « des flots de sang circulent dans son ventre ». Elle doit avoir plusieurs enfants, car elle sent plusieurs têtes en déprimant sa paroi abdominale. Heureusement qu'ils n'augmentent pas de volume, car « mon ventre éclaterait ». Elle ressent aussi des picotements dans les reins, ses intestins sont refoulés par les fœtus. Apercevant les battements au niveau de la pointe du cœur, elle s'écrie : « Regardez, vous voyez bien les enfants remuer ». Elle réclame « les fers » pour être délivrée d'un tel tourment. Souvent elle porte la main tout entière dans le vagin pour tenter d'extraire les fœtus. Elle s'est ainsi occasionnée une fois une abondante hémorragie. Elle passe ses journées à se lamenter et à réclamer le secours d'un accoucheur.

Tel est l'état de V... depuis cinq ans.

L'examen de l'appareil génital est négatif. Le ventre n'est pas augmenté de volume, il est souple. Rien au toucher ni au spéculum.

Nous voyons d'après cette observation que chez une débile mentale, les troubles de la cénesthésie abdominale peuvent servir à édifier un délire systématisé, celui de grossesse en l'espèce.

OBSERVATION XVIII (1)

Jeune fille de 28 ans, amenée (à l'infirmérie spéciale de la préfecture) d'un hôpital de banlieue où on l'avait mise en traitement à la suite d'une tentative de suicide par ingestion d'un demi-litre d'alcool pur. Cette tentative de suicide avait été commise par la malade à la suite de troubles mentaux complexes qui remontaient à plusieurs mois. L'état psychopathique était constitué par des troubles de la sensibilité générale, des illusions et des hallucinations multiples, surtout auditives, gustatives et génitales, des interprétations délirantes et de très vagues idées de persécution écloses sur un fonds de dépression mélancolique. L'état général était d'ailleurs excellent et il n'existait, à part une constipation très rebelle, aucun trouble fonctionnel.

L'examen, à l'hôpital d'où elle vient, porta surtout sur l'abdomen et le bassin, où la malade accusait des sensations anormales et de troubles mal précisés. Cet examen permit de constater l'intégrité des organes et la virginité de la jeune fille.

Le principal syndrome, autour duquel gravite presque toute l'histoire de la malade consiste en effet, en des

(1) Dupré, Conférences de psychiatrie (infirmérie spéciale.)

troubles de la sensibilité viscérale, prédominant dans la sphère abdomino-génitale. Ces troubles cénesthésiques ont débuté de bonne heure, ont augmenté au cours de l'évolution morbide et dominant vraiment par leur intensité et leur richesse, le tableau clinique.

Il y a quelques mois, la malade ressentit dans l'intérieur des organes génitaux comme « une petite peau qui se déchire », puis l'agrandissement par trois fois de cette ouverture, par laquelle la matrice serait descendue et serait tombée accompagnée du rectum, entre les cuisses. En même temps, la malade accuse avoir ressenti, une fois ou deux pendant la nuit, le contact d'un homme.

Pendant son séjour à l'hôpital, au cours des explorations purement extérieures et discrètes qu'elle subit, elle dit avoir senti « rentrer son nombril », s'agrandir l'ouverture déjà mentionnée, qui n'aurait pas tardé d'ailleurs à se refermer.

Puis, le ventre serait tombé, la gorge se serait comme ouverte, la poitrine aurait disparu et les seins seraient devenus tout petits. La malade refusa bientôt de manger, craignant le mélange aux aliments de médicaments dangereux pour elle et des malaises si inquiétants qu'elle ressentait.

En outre, elle sent ses os se refermer, ses épaules changer de place, le coude et le poignet s'ouvrir, etc. Elle se plaint encore de n'avoir plus d'amygdales depuis qu'on lui a examiné la gorge. Elle sent son estomac qui se colle avec son dos, etc.

A ce riche ensemble de troubles cénesthésiques se sont ajoutées quelques hallucinations, accessoires, des bruits de cloches, une odeur de chloroforme, un mauvais goût des aliments, des interprétations délirantes : sa mère, en mon-

trant à elle ou à sa sœur des objets troués, lui faisaient comprendre qu'elle était percée, etc.

L'auteur ajoute :

« Voici donc un état psychopathique très complexe, riche en éléments très variés : hallucinations, illusions, interprétations, troubles cénesthésiques, idées de persécution. La multiplicité des symptômes, le polymorphisme des troubles, la pauvreté et l'incohérence des conceptions démontrent l'existence, chez notre sujet, de la débilité mentale, de l'invalidité constitutionnelle du terrain et de la déséquilibration psychique, qui caractérisent la dégénérescence mentale ».

Les troubles cénesthopathiques sont dans cette observation, sinon uniques, du moins prédominants, et constituent certainement l'élément fondamental du syndrome morbide. Nous verrons que cette constatation aggrave singulièrement le pronostic des psychoses, en raison de la ténacité des troubles cénesthopathiques.

OBSERVATION^e XIX (1)

M^{me} B... 52 ans.

Rien de particulier dans les antécédents. Fièvre jaune en 1885. Sujette depuis 1896 à de très passagères syn-
copes : sa tête l'emporte, le sol se dérobe. A toujours été nerveuse, mais n'a jamais eu de crises de nerfs :

Elle est malade depuis trois ans et demi, mais ses troubles se sont aggravés depuis six mois.

Elle se plaint de bruits subjectifs dont ses oreilles sont le siège (bruits de tic-tac ou de machine à vapeur) ; comme les bruits du cœur sont dangereux avec pouls à 88 on peut admettre qu'ils sont sous la dépendance d'un processus scléreux intéressant le rein (polyurie) et l'appareil auditif.

Mais outre ces bruits subjectifs, elle éprouve des troubles cénesthésiques multiples : il lui semble que ses oreilles se bouchent ; elle accuse une sensation de feu dans les conduits auditifs. Elle souffre de la tête : craquements internes (ma tête ne fait que craquer) ; pesanteur et constriction intolérables sur le front et le périmètre céphalique,

(1) Résumé d'une observation de M. Blondel, rapportée dans la discussion du rapport de Maillard, congrès d'Amiens 1911.

(quelque chose m'enserme, on dirait que j'ai sur la tête un poids de 20 kilogrammes) ; feu intérieur : tout l'incline à croire que sa tête n'est plus comme autrefois. Tantôt elle se plaint de douleurs, tantôt elle accuse surtout une désagréable sensation de gêne et d'énervement. Au ventre, en revanche, les sensations seraient nettement douloureuses.

Il n'est pas, au reste, de région du corps qui soit indemne de souffrances du même ordre. Sa colonne vertébrale, ses pieds, ses omoplates sont douloureux. Elle a des picotements dans les mains, des fourmillements dans les jambes. Après les repas, elle éprouve à la hauteur de l'estomac une douleur transfixiante. Elle amplifie considérablement les craquements articulaires réels qu'elle présente, « les craquements sortent de partout, par les orteils, les pieds, les mains ». Il se passe dans son ventre « des choses extraordinaires ». « Quelque chose bout dans son ventre et dans sa poitrine. »

Tous ces renseignements sont donnés avec une scrupuleuse minutie. Quand les comparaisons, les métaphores ne semblent pas assez expressives, le geste abondant et facile vient localiser et matérialiser pour ainsi dire la sensation. Le ton se fait volontiers dramatique et quelquefois déclamatoire.

Enfin elle présente des réactions anxieuses et même délirantes. A toute heure elle se préoccupe de son état qu'elle ne comprend pas, et s'épuise à en rechercher les causes. « Une poche d'eau s'est formée dans la région cardiaque, d'où, à certains moments elle remonte pour l'étouffer. »

« Il y a quelque chose, j'en suis sûre, je le sens et je l'entends. »

Ainsi cette cénesthopathie aboutit aux convictions délirantes. A ce sujet M. MAILLARD pose la question suivante : Quel rapport y a-t-il entre la cénesthopathie et le délire hypochondriaque ? Y a-t-il lieu d'établir entre eux une distinction d'espèces ou n'y faut-il pas voir plutôt deux variétés d'un même état morbide, les cénesthopathes étant de petits hypochondriaques et les délirants de grands cénesthopathes ?

Evidemment la malade de M. BLONDEL peut difficilement servir à elle seule à trancher la question : elle présente il est vrai des réactions délirantes et hypochondriaques marquées ; mais on ne peut déduire *a priori* leur relation avec les troubles cénesthopathiques.

Mais si l'on place à côté de cette observation celles où des troubles cénesthésiques de même ordre, ne s'accompagnent d'aucune réaction pathologique notable ou s'accompagnent de réactions très différentes, on doit admettre un rapport de cause à effet entre la cénesthopathie et la psychopathie concomitante ; et l'on doit chercher entre ces deux phénomènes morbides tout autre chose qu'une différence de degré : un fait le prouve bien, corroboré par une partie de nos observations ; c'est qu'il existe des cénesthopathes qui ne sont nullement des hypochondriaques et encore moins des délirants.

CHAPITRE III

I. SYMPTÔMES ET DIAGNOSTIC DES CÉNESTHOPATHIES

Quels seront donc les symptômes qui nous permettront de différencier les cénesthopathies ?

D'abord les cénesthopathies sont des douleurs psychopathiques, c'est-à-dire des douleurs sans *substratum* organique. Il faut donc bien s'assurer, avant d'orienter son diagnostic de ce côté, que le malade ne présente pas de lésions objectives, ou tout au moins que les lésions qu'il présente sont infimes vis-à-vis des troubles qu'il accuse.

En effet, l'intégrité des organes peut n'être qu'apparente et il ne faut évidemment pas rapporter toutes les douleurs dont on ne trouve pas la cause à un déséquilibre du système nerveux, constitutionnel ou acquis.

M. PICQUÉ (1) apporte à l'appui de cette remarque plusieurs observations, dont voici un exemple résumé.

L. H., 38 ans, opérée à 18 ans d'un pyosalpinx double.
Revient consulter le Dr Picqué pour des douleurs assez

(1) Société de psychiatrie, 27 avril 1911.

vives dans la fosse iliaque droite, irradiées dans la grande lèvre correspondante. L'examen du petit bassin pratiqué sans chloroforme donne un résultat négatif. Ni empatement, ni poids douloureux. On fait alors le diagnostic d'appendicite chronique.

A l'opération, on trouve un appendice sain. Les suites de l'intervention sont normales.

Mais la malade fut reprise à Nice de douleurs extrêmement vives, nullement calmées par le traitement. Alors l'examen attentif des orifices herniaires permit de constater une hernie crurale petite et irréductible; à l'opération on se trouva en présence d'un anneau crural très étroit pinçant latéralement une portion de cœcum très adhérente.

Les douleurs ont complètement disparu, 1 mois 1/2 après l'opération.

M. PICQUÉ exprime l'hypothèse que cette malade aurait pu, sous l'influence d'une prédisposition héréditaire, édifier sur sa lésion un système morbide et délirant.

Nous ferons observer que, dans cette observation, nous ne trouvons rien, en dehors du résultat négatif du premier examen, qui puisse appuyer le diagnostic de douleurs psychopathiques et surtout celui de douleurs cénesthopathiques. L'allure générale des plaintes des cénesthopathes qui se dégage de l'ensemble de nos observations, ne paraît s'être retrouvée à aucun degré ici. On ne pouvait donc penser au syndrome qui nous occupe.

Mais d'autres malades peuvent ressentir véritablement des sensations bizarres, gênantes, plutôt que dou-

loureuses, et cependant ce ne sont pas des cénesthopathes. Nous pouvons alors nous trouver en présence de ce que certains auteurs appellent les « paresthésies » des névrites, du tabes.

Citons à ce sujet une observation de M. MAILLARD (1).

M. P..., 39 ans, comptable, se plaint d'une sensation de gêne, de raideur qui a débuté il y a huit mois autour de la bouche, surtout au niveau de la lèvre supérieure, qui a gagné depuis deux ou trois mois la lèvre inférieure, qui s'étend maintenant autour de l'œil gauche ; une sensation de brûlure à cet œil gauche. Le trouble est bilatéral à la bouche et unilatéral à l'œil. Ce ne sont pas des douleurs, mais des sensations bizarres, pénibles, qu'il décrit comme le ferait un cénesthopathe. P... fait constamment des mouvements des lèvres pour assouplir ses muscles, diminuer la sensation de tiraillement, et il malaxe la région avec les doigts. Il lui semble parfois éprouver un peu de gêne pour parler.

Aucun trouble psychique. Rien à noter dans les commémoratifs.

L'examen physique révèle un *myosis extrême* avec *signe d'Argyll-Robertson*, de l'abolition des réflexes tendineux rotuléens et achilléens. Il aurait eu de plus depuis quelques mois, de petites douleurs à caractère fulgurant, dans les jambes et dans les bras depuis quelques semaines, ainsi que derrière les oreilles.

Donc, le diagnostic des douleurs psychopathiques

(1) Congrès d'Amiens 1911, Rapport.

avec les douleurs d'origine organique se fera sur l'absence de signes objectifs et par l'évolution qui mettent le médecin sur la voie de l'affection causale.

Mais, en l'absence de tout substratum organique, il reste à distinguer les douleurs cénesthopathiques des autres douleurs psychopathiques. Maillard (1) en reconnaît trois autres espèces : les douleurs *hallucinatoires*, les douleurs *pithiatiques*, les douleurs *paranoïaques* (2).

Or, les douleurs hallucinatoires sont déterminées par des hallucinations des diverses sensibilités ; c'est-à-dire que le malade n'aura pas des impressions nouvelles, bizarres, indéfinissables, mais qu'il souffrira de sensations ordinaires (piqûre, brûlure, etc.), déjà ressenties, et ne correspondant alors à aucune excitation extérieure ; les douleurs pithiatiques, dans lesquelles on peut faire rentrer les douleurs d'habitude, et qui ont des caractères propres, tels que la discordance et l'exagération des réactions par rapport à la cause invoquée par les douleurs paranoïaques, causées essentiellement par des interprétations délirantes de sensations normales ; tous ces troubles de la sen-

(1) Maillard, Rapport du congrès d'Amiens, 1911.

(2) Brissaud, Congrès de Bruxelles, 1903, « Le caractère essentiel des douleurs d'habitude est de survenir soit à date fixe, à jour fixe, à heure fixe et sans influence extérieure appréciable, soit à un moment quelconque, mais alors sous l'influence apparente d'une circonstance invariable et cependant manifestement insignifiante. »

sibilité sont caractérisés par un élément douleur très net, facile à décrire, et ne surprenant pas le malade par des sensations nouvelles, difficiles à définir et à faire comprendre. Nous voyons que par là ils se séparent des troubles cénesthopathiques, et que la reproduction fidèle des dires du malade sera un bon élément de diagnostic.

C'est qu'en effet leurs discours abondants et semés de comparaisons sont intéressants à recueillir littéralement, « car ils constituent les documents les plus précieux pour l'étude clinique des malaises essentiellement variés et personnels, qui changent avec chaque sujet et qui, émanant de la sensibilité individuelle, défient vraiment, dans leur extrême polymorphisme, tout essai de synthèse descriptive et d'exposition d'ensemble (1) ».

On ne confondra pas non plus les cénesthopathies avec les *névralgies*, bien localisées, avec leurs zones d'hyperesthésie et leurs points douloureux anatomiquement repérables et constants ; ni avec le *névralgisme* (2) où l'on trouve, il est vrai, peu de précision anatomique dans la localisation douloureuse, mais qui se rattache tantôt aux douleurs d'habitude, en ce que les symptômes reviennent souvent à heure fixe, et sont calmés par la mastication et l'ingestion d'aliments ; d'ailleurs, dans tous les cas, l'élément douleur est bien caractérisé, dans sa nature et dans son

(1) Dupré, *Les cénesthopathies*.

(2) Sicard, Névralgisme facial, *Presse médicale*, 21 avril 1909.

timbre, et nettement différencié des troubles accusés par les cénesthopathies-troubles qui ne peuvent s'accommoder non plus des termes algie ou dynie.

Pourrons-nous confondre les troubles cénesthopathiques avec les *paresthésies* ? Non, si l'on s'en tient à la définition de Jacquet, que nous avons citée plus haut, et qui comprend seulement les perversions de la sensibilité *objective*. Et si, d'autre part, avec beaucoup d'auteurs, l'on comprend sous ce terme toutes les perversions de la sensibilité objective et subjective, le terme *paresthésie* devient beaucoup trop étendu.

Il est simplement possible de le concevoir comme un genre dans lequel on peut ranger entre autres espèces les diverses cénesthopathies.

Nous avons vu enfin au cours de la discussion des observations la différence qui existait entre les cénesthopathies et les états hypochondriaques, anxieux ou neurasthéniques. Le cénesthopathe ne délire pas, n'interprète pas, ne tente pas d'explication médicale de son état, ne formule aucun doute sur le monde extérieur. Nous ne parlons pas actuellement des réactions surajoutées que l'on peut trouver chez ces malades, et que nous esquisserons lorsque nous nous occuperons des complications de leur état.

Le *siège* des cénesthopathies est presque toujours régional et intéresse, par ordre de fréquence, d'abord la tête (plus d'un tiers des cas que nous rapportons ici), puis l'abdomen ; le thorax et les membres sont plus rarement touchés.

A la tête, l'on trouve fréquemment des troubles cénesthésiques dans le domaine des organes des sens (yeux, oreilles.) BOULAY et MARCH'ADOUR ont attiré l'attention au Congrès d'oto-rhino-laryngologie (1), sur les cénesthopathies à localisation bucco-pharyngée.

« Les malades croient avoir dans la gorge un corps étranger, arête, épingle, os, noyau de fruit, qui ne s'y trouve pas en réalité. » Ils peuvent également présenter des sensations d'obstruction qui engendrent comme réactions secondaires, des tics de la respiration ou de la déglutition (râclement, toux pharyngée parfois très bruyante) ou des phobies fonctionnelles portant sur la respiration, la phonation ou la déglutition.

On peut parfois trouver, comme dans les autres cénesthopathies, une petite lésion objective ou des troubles vaso-moteurs ou sécrétoires qui peuvent être le prétexte d'illusions sensorielles ; ces illusions survivent d'ailleurs à la guérison de ce *primum movens* ; mais il est très souvent impossible de découvrir la moindre épine organique et, dans ce cas, les troubles cénesthopathiques sont purs, sans appels périphériques ; et ainsi que pour les autres localisations, ils peuvent engendrer suivant les cas soit un automatisme psychique émotiornel, une phobie ; soit un automatisme moteur, un tic ; soit enfin des réactions anxieuses ou délirantes.

(1) Mai 1908.

Nous avons vu que, dans la sphère céphalique, les cénesthopathies crâniennes peuvent être associées à des troubles psychiques : inhibition de la pensée, dépersonnalisation, troubles qui paraissent être sous la dépendance des perturbations de la sensibilité physique.

Enfin, il existe des cénesthopathies viscérales, soit thoraciques, soit abdominales, soit génitales, souvent accompagnées de troubles fonctionnels plus ou moins marqués.

Il est difficile de faire une description d'ensemble de la *nature* des troubles cénesthopathiques, tellement les malaises qu'accusent chaque sujet sont variés et personnels. Tantôt le malade « ne sent plus » sa tête, ses organes, ses membres ; il semble qu'il ait comme une inhibition des sensations cénesthésiques ; tantôt il sent certaines parties de son corps modifiées dans leur volume, leur forme, leurs rapports. « Suivant les cas, celles-ci sont allongées ou raccourcies, alourdies ou allégées, déformées ou déplacées ; la température en est modifiée, les tractions en sont arrêtées ou perversies » (1).

(1) Dupré et Camus, *Les Cénesthopathies*.

CHAPITRE IV

ETIOLOGIE — PATHOGÉNIE — EVOLUTION — COMPLICATIONS — PRONOSTIC — TRAITEMENT

L'*étiologie* des cénesthopathies ne semble pas être la même lorsque le déséquilibre de la sensibilité apparaît comme constitutionnel, ou lorsqu'il est acquis. Dans les premiers cas, l'hérédité est le facteur le plus important. Lorsque, au contraire, les troubles sont apparus tardivement, plusieurs causes peuvent intervenir. Nous avons vu que, chez les femmes, les symptômes se montrent très fréquemment au moment de la ménopause ; et, dans un cas, ils ont été observés après une hystéro-ovariotomie ; on peut donc penser à des phénomènes d'auto-intoxication, à des troubles des sécrétions internes. Nous avons vu également qu'on a attribué un rôle aux lésions artério-scléreuses. (MAILLARD).

Au point de vue de la *pathogénie*, on doit admettre, avec DUPRÉ, que les cénesthopathies sont des perturbations de la sensibilité centrale des organes, paraissant intéresser les territoires cérébraux de projec-

tion : les zones d'association de l'écorce ne sont pas touchées, puisqu'on ne trouve pas de perturbation dans l'affectivité ou dans le sentiment de la personnalité. Le système nerveux périphérique, nerfs sensitifs et sympathiques, est également indemne ; on ne trouve d'ailleurs dans les régions qu'indiquent les malades ni zones d'hyper ou d'anesthésie, ni troubles vasomoteurs ou sécrétoires ; à moins qu'il n'existe d'autres associations morbides pouvant en être accompagnées.

L'évolution des cénesthopathies est essentiellement prolongée. Les phénomènes persistent avec une remarquable fixité et une persistance désespérante. Nous avons vu dans certains cas qu'on peut observer des rémissions, des périodes de retour à un équilibre normal de la sensibilité, ainsi que la disparition de certaines réactions psychiques ; mais les malades, dont la constitution se rapproche de celle des cyclothymiques, ne sont pas guéris et un accès nouveau les guette qui les rejette au bout de peu de temps dans le désespoir.

Ainsi tout le long de leur vie les sujets vont répétant les mêmes doléances ; le déséquilibre de leur sensibilité se révèle souvent comme définitif ; ils peuvent bien rarement guérir, ou même voir leurs symptômes s'atténuer de façon réelle et durable.

C'est cette persistance, cette continuité de l'état morbide qui engendre les *complications* les plus fréquentes, c'est-à-dire les réactions psychiques d'ordre dépressif et délirant qui peuvent naître sur un terrain

prédisposé sous l'influence des cénesthopathies ; le syndrome que nous étudions ne fait alors que révéler des tares mentales individuelles, qu'elles soient acquises (alcoolisme) ou héréditaires ; « c'est ainsi que certains débiles, de tendances interprétatives, émettent, pour expliquer les troubles qu'ils ressentent, des idées d'influence, de possession, de négation, de persécution ». Les troubles de la cénesthésie n'agissent pas autrement que le font dans d'autres cas les troubles sensoriels. Par exemple, de même qu'il existe des délires de persécution à base sensorielle, de même il y en a à base exclusivement cénesthésiques, et chez ces derniers, suivant la nature et le siège des troubles ressentis, l'interprétation peut être à teinte hypochondriaque.

Les psychopathes de la sensibilité peuvent être rangés en deux catégories, suivant que prédominent chez eux ou qu'existent seules les manifestations de l'une ou de l'autre des deux formes de la sensibilité somatique : ceux qui présentent des troubles sensoriels et justifieraient assez bien l'appellation de « sensoriopathes », ceux dont les phénomènes morbides ressortissent à la sensibilité générale organique ou cénesthésie et qui sont déjà désignés du nom de cénesthopathes. Il n'est pas douteux, par exemple, que certains délirants partiels alimentent leur système uniquement avec des illusions et des hallucinations des sens ; que d'autres, indemnes de toute participation sensorielle, basent le leur sur des troubles des sensations intérieures. On imagine aisément que ces derniers soient

des interprétants, obligés de chercher une explication à des sensations inconnues qui n'ont pas l'objectivité indiscutable d'hallucination ; tandis que celles-ci inspirent son délire à leur victime, l'interprétant doit se créer le sien avec des éléments non différenciés (1) ».

Tissot cite une observation qui vient à l'appui de cette remarque : celle d'un homme de 29 ans, alcoolique, qui présente une interprétation hypochondriaque de troubles cénesthésiques multiples et variés, avec idées de persécution.

Les troubles cénesthésiques peuvent donc jouer un grand rôle dans l'édification des psychoses, et dans la constitution des divers délires : de zoopathie interne, de possession, de grossesse, etc., délires qui peuvent devenir chroniques.

Nous avons vu également que, dans des cas moins graves, certains malades peuvent présenter secondairement de la dépression psychique, des réactions anxieuses, des préoccupations hypochondriaques ; enfin, dans les cas bénins, les troubles ne provoquent guère que des anomalies du caractère et de l'humeur.

Nous pourrions donc avec Gilbert BALLET distinguer trois catégories de malades : chez les premiers, la douleur périphérique ne s'accompagne d'aucun écho mental ; chez les seconds elle provoque un certain degré de préoccupation et d'inquiétude ; chez le troisième enfin, l'esprit amplifie, dénature les impressions or-

(1) Tissot, *Annales médico-psychologiques*, novembre 1910.

ganiques, qui peuvent être extrêmement légères, pour en faire l'objet d'une hypochondrie, de leur délire.

En résumé, le syndrome peut être associé à tous les genres de psychose ; on peut le retrouver chez les débiles mentaux, chez les intoxiqués, chez les hystériques, chez les psycho-neurasthéniques, chez les hypochondriaques. Mais on le trouve fréquemment à l'état pur, dégagé de toute association morbide, et c'est ce qui permet de distinguer sa spécificité (1). C'est ainsi par exemple que l'on peut dire que, si presque tous les hypochondriaques présentent des troubles cénesthopathiques, les vrais cénesthopathes ne sont pas des hypochondriaques.

Le *pronostic* des cénesthopathies, en général assez fâcheux par suite de la nature essentiellement persistante des troubles, est d'ailleurs variable selon le terrain mental sur lequel elles se manifestent, et par conséquent selon les réactions morbides auxquelles elles peuvent donner lieu, réactions qui peuvent aller des simples troubles de l'humeur aux différentes formes d'obsessions et de délires. L'observation minutieuse de la façon dont se comportent les sujets vis-à-vis de

(1) On trouve une discussion analogue dans le domaine psycho-sensoriel. En effet si, d'une part, les hallucinations sont très souvent accompagnées d'idées délirantes, d'autre part elles peuvent parfois persister un très long temps sans être associées à aucun délire : c'est à ce syndrome hallucinatoire pur, indépendant de toute interprétation morbide, que Dupré a proposé de réserver le terme d'*hallucinose*, et ces hallucinoses deviennent ainsi dans le domaine sensoriel l'équivalent des cénesthopathies dans le domaine sensitif général.

leurs troubles cénesthopathiques commandera le pronostic et le traitement.

Ce *traitement*, si l'on ne considère que les troubles cénesthopathiques en eux-mêmes, est extrêmement peu efficace. L'isolement est très mal supporté; le sujet reste face à face avec ses sensations, s'en inquiète de plus en plus, a tendance à les voir s'aggraver, et l'état morbide s'exagère. Les méthodes de suggestion et de psychothérapie ne peuvent guère qu'échouer par suite de l'étiologie que nous avons reconnue au syndrome.

L'hygiène, les distractions, l'hydrothérapie tiède (douches, bains, enveloppements) pourront avoir quelque action, surtout en améliorant l'état général du système nerveux et en réduisant au minimum les autres symptômes morbides.

Enfin, des différentes réactions ou associations qui pourront se rencontrer, on pourra tirer des indications thérapeutiques particulières à chaque cas.

CONCLUSIONS

Parmi les différentes espèces de troubles douloureux de la sensibilité ne correspondant à aucune lésion pathogène saisissable, à aucun substratum organique ; parmi les diverses douleurs d'origine psychopathique, le syndrome *cénesthopathie* se distingue par des caractères qui le rendent irréductible à tout autre processus morbide.

I. — Les troubles dont se plaignent les malades ne sont pas des douleurs à proprement parler ; ce sont des sensations bizarres, indéfinissables, diffuses, mal limitées ; mais tenaces et persistantes ; pénibles, par conséquent, mais bien plus pénibles que douloureuses. Ainsi l'analyse attentive des symptômes que présentent les *cénesthopathes* permettra d'éliminer les affections où l'élément douleur est nettement perçu, différencié, limité (hyperesthésies, algies, dynies).

II. — Le malade a beaucoup de difficultés pour décrire ce qu'il ressent ; il paraît étonné par ses sen-

sations et est obligé d'user pour les dépeindre de comparaisons plus ou moins riches, plus ou moins variées. C'est qu'il présente un trouble, un déséquilibre de la sensibilité commune, de la cénesthésie ; il est surpris par des sensations qui n'arrivaient pas à sa conscience à l'état normal, et qui lui apportent des éléments non différenciés. Il est à remarquer, néanmoins, que les troubles sont localisés à des endroits que le malade indique et qu'ils sont différents, par conséquent, des troubles des éléments supérieurs de la conscience organique, qui constituent les maladies de la personnalité.

III. — Dans les cas typiques les troubles sensitifs parfois si pénibles et si persistants des cénesthopathes ne sont accompagnés d'aucune réaction morbide, d'aucun écho mental. Les malades conservent leur activité, leur intelligence, leur affectivité. Ils ne sont guère qu'inquiets, et même, ils peuvent rester parfaitement euphoriques. Ainsi, les cénesthopathies se distinguent des états anxieux, neurasthéniques, hypochondriaques.

IV. — Les troubles de la sensibilité sont fixes, persistants, ni la suggestion, ni les différentes thérapeutiques ne peuvent les modifier. Ils ne sont pas influencés par des causes extérieures ou par le retour régulier d'événements périodiques : ils se distinguent par là des *douleurs d'habitude*, et des états hystériques.

Les caractères que nous venons de décrire ne sont aussi nettement accusés que dans les cas purs, qui

permettent bien d'isoler et de reconnaître le syndrome. Souvent, on observe, soit des associations morbides avec des algies véritables, soit surtout des réactions secondaires comme la dépression psychique, l'anxiété, les préoccupations hypochondriaques, les idées délirantes. Toutes les transitions peuvent s'observer ; le syndrome cénesthopathique peut s'associer à d'autres syndromes et se retrouver dans les différents domaines de la pathologie nerveuse ou mentale. Dans la plupart des cas, d'ailleurs, il commande aux autres réactions morbides qui apparaissent comme surajoutées aux troubles de la cénesthésie par suite d'une constitution psychique anormale ; car les cénesthopathes ont, en général, une hérédité chargée.

Les cénesthopathies sont d'une persistance désespérante qui résiste à tout agent thérapeutique. Cette indication assombrit singulièrement le pronostic des psychoses auxquelles elles peuvent être associées.

Vu, le président de la thèse,

G. BALLET.

Vu le Doyen,

LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Université,

LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- Beaunis. — *Les sensations internes*.
- Boulay et Marc-Hadour. — *Presse médicale*, mars 1910.
- Brissaud. — *Les douleurs d'habitude*, Congrès de Bruxelles, 1903.
- P. Camus. — *Société de Psychiatrie*, 19 décembre 1912.
- E. Dupré. — *Mouvement médical*, janvier 1913.
- E. Dupré. — Les psychoses hallucinatoires chroniques, *Bulletin médical*, avril 1907.
- Dupré et Camus. — *Les cénesthopathies Encéphale*, décembre 1907.
- Dupré et Long-Landry. — *Société de Psychiatrie*, 19 décembre 1912.
- Dupré et Logre. — Congrès d'Amiens, 1911.
- Gilbert Ballet. — *Société de Psychiatrie*, 19 janvier 1911.
- Jacquet. — *Pratique dermatologique*.
- Maillard. — *Les différentes espèces de douleurs psychopathiques* (Rapport au Congrès des aliénistes, Amiens, 1911).
- Maillard et Blondel. — Congrès d'Amiens, 1911.
- P. Merklen et A. Devaux. — *Notions sur les cénesthopathies, Médecine moderne*, mai et août, 1913.
- Picqué. — *Société de psychiatrie*, 19 janvier 1911.
- Rayneau et Nouet. — Congrès de Genève, Lausanne, 1907.
- Ch. Richet. — *Essai de psychologie générale*.
- Sicard. — *Névralgisme facial*, *Revue médicale*, 21 avril 1909.
- Sollier. — *Journal of anormal psychology*, avril 1907.
- Tissot. — Délire de persécution à base cénesthopathique (*Annales médico-psychologiques*, novembre 1910).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.	9
Chapitre I. — La cénesthésie et les cénesthopathies. . . .	13
II. — Etude clinique des cénesthopathies. . . .	17
III. — Symptômes et diagnostic des cénesthopathies	86
IV. — Etiologie. Pathogénie. Evolution. Complications. Pronostic. Traitement	94
CONCLUSIONS	101
BIBLIOGRAPHIE	105

SAINT-AMAND (CHER). — IMPRIMERIE BUSSIÈRE.
